



PROPOSTA DE INCREMENTO PAB

Nº da Proposta

36000268452201900

Ano

2019

CNPJ

13571334000167

Beneficiário

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ALEGRE

Esfera Administrativa

03

Tipo de Beneficiário

FUNDO PUBLICO DA ADMINISTRACAO DIRETA MUNICIPAL

Dirigente

Responsável Legal não cadastrado

CPF do Dirigente

Responsável Legal não

População

30.702

Telefone**Município**

ALEGRE

CEP

29.500-000

Endereço

DR. OLIVIO CORREA PEDROSA, CENTRO

E-mail

RECURSO DA PROPOSTA

Recurso

PROGRAMA

Objeto

CUSTEIO AO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB)

Composição

PROGRAMA

Número**Valor**

200.000,00

Valor da Proposta: R\$ **200.000,00**

DADOS DO(S) PLANO(S) DE TRABALHO(S)

Unidade Beneficiada

ALEGRE

Valor

200.000,00

