



PROPOSTA DE INCREMENTO PAB

Nº da Proposta **Ano**
36000308530202000 2020

CNPJ **Beneficiário**
13911662000165 MUNICIPIO DE SITIO NOVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Esfera Administrativa
03

Tipo de Beneficiário
FUNDO PUBLICO DA ADMINISTRACAO DIRETA MUNICIPAL

Dirigente
ELOIDES RIBEIRO DA CUNHA COELHO

CPF do Dirigente
70326134115

População **Telefone**
17.464 99935320073

Município
SÍTIO NOVO

CEP
65.925-000

Endereço **E-mail**
PRESIDENTE JOSE SARNEY, CENTRO prefeitura@sitionovo.ma.gov.br

RECURSO DA PROPOSTA

Recurso
EMENDA PARLAMENTAR

Objeto
CUSTEIO AO PISO DA ATENÇÃO BÁSICA (PAB)

Composição	Número	Valor
EMENDA	36880005	500.000,00

Valor da Proposta: R\$ **500.000,00**

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

Unidade Beneficiada	Valor
SITIO NOVO	500.000,00