



PROPOSTA DE INCREMENTO PAB

Nº da Proposta **Ano**
36000302757202000 2020

CNPJ **Beneficiário** **Esfera Administrativa**
13911662000165 MUNICIPIO DE SITIO NOVO - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE 03

Tipo de Beneficiário
FUNDO PUBLICO DA ADMINISTRACAO DIRETA MUNICIPAL

Dirigente **CPF do Dirigente**
ELOIDES RIBEIRO DA CUNHA COELHO 70326134115

População **Telefone** **Município** **CEP**
17.464 99935320073 SÍTIO NOVO 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	23880002	200.000,00
EMENDA	40840007	350.000,00

Valor da Proposta: R\$ **550.000,00**

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

Unidade Beneficiada **Valor**
SÍTIO NOVO 200.000,00