LOGO DO MUNICÍPIO (Altura de 3cm)

ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE XXXX
REGIÃO DE SAÚDE XXXX

PRESTAÇÃO DE CONTAS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Fundo de Saúde:	**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE XXX**
CNPJ do Fundo Municipal de Saúde:	**00.000.000/0001-00**
Gestor do Fundo Municipal de Saúde:	**AAA**
Cargo:	
Telefone:	
E-mail:	

Responsáveis pelas informações

Nome	Cargo/Função	Setor/Unidade de Saúde	Telefone	E-mail

2. INFORMAÇÕES DA PROPOSTA

Tipo de Emenda/Recurso:

☐ Emenda Individual ☐ Emenda de Comissão ☐ Emenda Especial ☐ Emenda de Bancada ☐ Programa ☐ Convênio

Natureza da Despesa:

☐ Corrente (Custeio) ☐ Capital (Investimento)

Aplicação do Recurso:

☐ Atenção Primária ☐ Média Complexidade ☐ Alta Complexidade ☐ Se outro, descrever:

Portaria GM/MS nº: **Data:** **01/01/2025**

Nº/Cód da Emenda: **Nº Proposta**

Vigência: **xxx meses** **Houve Prorrogação:** ☐ Sim ☐ Não

Objeto da Emenda:

Conta Corrente nº: **Data do Pagamento:** **01/01/2025**

Valor **Rendimentos**

3. EXECUÇÃO

O(s) serviço(s) e/ou aquisição de produtos/equipamentos da proposta foram executados?

☐ Sim ☐ Não ☐ Parcialmente

Nº NF	Descrição	Data	Quantidade	Valor Total

Total Execução				**R$ -**

Saldo	**R$ -**	**Execução**	**#DIV/0!**

CONSIDERAÇÕES

ASSINATURAS

Município/UF, 00 de janeiro de 2025.

XXXX
Secretário(a) Municipal de Saúde