LOGO DO MUNICÍPIO (Altura de 3cm)

ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE XXXX
REGIÃO DE SAÚDE XXXX

SUS

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 Cofinanciamento:

☐ Emenda Parlamentar ☐ Cofinanciamento Estadual Excepcional ☐ Convênio

Natureza da Despesa:

☐ Corrente (Custeio) ☐ Capital (Investimento)

Aplicação do Recurso:

☐ Atenção Primária ☐ Média Complexidade ☐ Alta Complexidade

Resolução CIB/MT nº:		**Data:**	**01/01/2025**
Termo de Compromisso nº:		**Data:**	**01/01/2025**
Vigência:	**xxx meses**	**Houve Prorrogação:**	☐ Sim ☐ Não
Objeto da Resolução CIB / Termo de Compromisso:			
Portaria de Pagamento 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