

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
PLANO DE TRABALHO: CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – ANEXO VI**

1 - Nome do Órgão ou Entidade Proponente, conforme contido no Cartão do CNPJ

PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUIZNHO

2 - Ação

MELHORIAS SANITÁRIAS
DOMICILIARES - MSD

3 - Nº do Processo

| 4- Ano | 5- Meta | 6 - Mês | | | | | | | | | | | | 7- Total Acumulado de Recursos da Concedente (Em R\$ 1,00) | | |
|--------|---------|---------|-----------|----------|---------|----------|----------|------------|--|--|--|--|------------|------------------------------------------------------------|------|-------|
| | | | | | | | | | | | | | Março | Abril | Maio | Junho |
| | 01 | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | 400.000,00 | | | | | | | | |
| | | | Agosto | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | | | | | | | | | |
| 2019 | 01 | | | | | | | | | | | | 400.000,00 | | | |

| 8- Ano | 9- Meta | 10 - Mês | | | | | | | | | | | | 11- Total Acumulado de Recursos do Proponente (Em R\$ 1,00) | 12- Total Geral dos Recursos (Em R\$ 1,00) | |
|--------|---------|----------|-----------|----------|---------|----------|----------|--|--|--|--|--|------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------|
| | | | | | | | | | | | | | Março | Abril | Maio | Junho |
| | | Janeiro | Fevereiro | Março | Abril | Maio | Junho | | | | | | | | | |
| | | | | Setembro | Outubro | Novembro | Dezembro | | | | | | | | | |
| 2019 | | Julho | Agosto | | | | | | | | | | 397.334,06 | | | |

13 - Autenticação do Proponente

14 - Aprovação da Concedente

| Data | Nome da Concedente | Nome da Concedente |
|-------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| 19/03/2019. | VOLMIR PEDRO CAPITANIO PREFEITO | Assinatura do Dirigente da Concedente |

