

ANEXO

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA

DISTRITO SANITÁRIO DE SAÚDE INDÍGENA EM: _____

PROPOSTA DE CONCESSÃO DE SUPRIMENTO DE FUNDOS - PCSF

Nº

PROPONENTE

NOME:

CPF:

TEL:

ÓRGÃO:

UNIDADE:

CARGO/FUNÇÃO:

SUPRIDO

NOME:

CPF:

TEL:

ÓRGÃO: UNIDADE: CARGO/FUNÇÃO:

SUPRIMENTO DE FUNDOS		
MAT. DE CONSUMO:	PREST. DE SERVICOS:	OUTROS:
NAT. DESP: 339030	NAT. DESP: 339039	NAT. DESP: 3390
VALOR: R\$	VALOR: R\$	VALOR: R\$
	NAT. DESP: 3390	
	VALOR: R\$	

DESCRIÇÃO DA FINALIDADE: Despesas miúdas de pronto-pagamento.

JUSTIFICATIVA:

FUNDAMENTO LEGAL: Decreto nº 5.355/2005 e IN/STN/MF nº 4/2004

CARTÃO DE PAGAMENTO DO GOVERNO FEDERAL:

TOTAL: R\$	SAQUE: R\$	FATURA: R\$
------------	------------	-------------

DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE: BANCO: AGÊNCIA: CONTA-CORRENTE:

(Somente aplicável nos casos de impossibilidade de utilização do CPGF)

PERÍODO DE APLICAÇÃO: PRESTAÇÃO DE CONTAS: até

LOCAL E DATA:

(Assinatura e carimbo do Proponente)

(Assinatura e carimbo do Suprido)

O Suprido declara estar ciente da legislação aplicável à concessão de Suprimento de Fundos, em especial aos dispositivos que regulam a sua finalidade, prazos de utilização e prestação de contas.

ORDENADOR DE DESPESAS

Na qualidade de Ordenador de Despesas autorizo a concessão de Suprimento de Fundos na forma proposta.

(Assinatura de carimbo)

OBSERVAÇÃO

O prazo para prestação de contas do presente Suprimento de Fundos será de, no máximo, 30 dias contados do término do período de aplicação.