

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 9925
DATA: 02/06/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 03/06/2021 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 0102 - Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde



Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
2228	829	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412195335039000102 00	30/03/2021		131.000,00

Valor Bruto: 131.000,00
 Líquido a Pagar: 131.000,00
 Valor por Extenso: CENTO E TRINTA E UM MIL REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 05/2021 (MAIO/2021) PARA REALIZAR PARCERIA COM OSC PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO, CONFORME PORTARIA Nº.683, DE 18/04/2019, QUE HABILITA O CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA C/ CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER IV. CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018, VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/2028.1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: TESOIRO - EMISSÃO DA FATURA 07/05/2021 - RECEBIDA EM: 28/05/2021.

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	 Regiane de Almeida Souza Matrícula: 109456-1 Conferido Fundo Municipal de Saúde	

Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 2661 - 09/06/21
 Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: SERGIO LUIZ ROCHA

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____
 Nome Legível: _____



2ª Via - Comprovante de Transferência de Valores
via GovConta Caixa

Emitente:	CONTRAPARTIDA FUNDO MUNICIPAL
Conta Origem:	0893/006/00000104-5
Conta Destino:	0086/003/00003858-3
Nome do Destinatário:	ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI
Valor:	R\$ 131.000,00
Identificação da Operação:	ASSOCOCIACAO APAE
Data de Débito:	08/06/2021 - 09:49:08
Data da Operação:	08/06/2021
Código da Operação:	29546745
Chave de Segurança:	7RW2RT60LALN3YNT
Operação realizada com sucesso.	