

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTONº: 13446
DATA: 21/07/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAÚDE	Código: 1546
Data Provável de Pagamento: 30/07/2021	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
3843	829	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412195335039000102 00 -	22/06/2021		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 PARCELA 07/2021 (JULHO/2021), REFERENTE A 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. PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018. 1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO DO TESOUREIRO PERÍODO: JULHO/2021

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
<p><i>Fabício Henrique dos Santos Simões</i> Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabrício Henrique dos Santos Simões Séc. Munic. de Saúde Matrícula: 1042801</p>	<p><i>Fernando Vieira J. de Moraes</i> Assist. Administrativo Matr. 1900613 Conferido</p>	

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA / Gravado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA

RECEBI(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:	11/08/2021 - 16:24:19
Data da Operação:	11/08/2021
Código da Operação:	29695801
Chave de Segurança:	KPG3J72NHNK2ALQ1
Operação realizada com sucesso.	