

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 12195

DATA: 01/07/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 01/07/2021

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
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 06/2021 (JUNHO/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: TESOUREIRO.

M

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento

Inspeção Financeira / Documentação Conferida

Pagamento conforme disponibilidade financeira

Fabício Henrique dos Santos Simões
Secretário Municipal de Saúde de Contagem
Fabício Henrique dos Santos Simões
Sec. Munic. de Saúde
Matrícula: 137431

Fernando Vieira J. de Moraes
Assist. Administrativo
Matr: 18062-3
Conferido

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 30 3264 - 16/07/21

Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____

IMPRIMIR FECHAR



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:	16/07/2021 - 13:26:24
Data da Operação:	16/07/2021
Código da Operação:	29636215
Chave de Segurança:	NEX489V5XRJ57RFA

Operação realizada com sucesso.