

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 15465
DATA: 22/07/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 24/07/2020 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 2159 Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de 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
5030	778	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039002159 00	30/06/2020	/	345.000,00


Valor Bruto: 345.000,00 /
 Líquido a Pagar: 345.000,00
 Valor por Extenso: TREZENTOS E QUARENTA E CINCO MIL REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 015/120 (JULHO 2020) REFERENTE 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. PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18.É DISPENSA Nº.012/2018, VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/28, 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR. EMISSÃO DA FATURA 07/07/2020. RECEBIDA EM: 17/07/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento


 CLEBER DE FARIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde


 Rosângela de Almeida Souza
 Conferido
 Mem. Nº 15465-T
 Fundo Municipal de Saúde
 Conta Nº

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque (X) Relação Bancária Nº 4221 - 06/08/20
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

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

Visualização de arquivos



Auto-Atendimento

Detalhamento de agendamento - Arquivo

Agência débito: 1633-0
Conta débito: 62917-0
CPF/CNPJ: 14237130/0001-57 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

Banco: 104
Agência crédito: 86-0
Conta crédito: 3858-3
Favorecido: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DO
Documento empresa: 20200154652020004221
Data pagamento: 06/08/2020
Valor pagamento: 345.000,00
Documento banco: 00000890000282325060
Data real pagamento: 06/08/2020
Valor real pagamento: 345.000,00
