

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTONº: 4424
DATA: 10/03/2022

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE	Código: 1546
Data Provável de Pagamento: 20/03/2022	Nº do Processo / Ano: /
Fonte de recurso: 0102 - Receitas de Impostos e de Transferências de Impostos Vinculados à Saúde	
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE -	Código: 45407
CNPJ/CPF: 18.216.366/0001-68	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

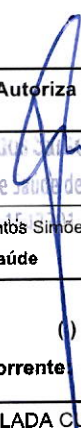

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
2210	663	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043000102 00	10/03/2022		91.000,00
670	663	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043000102 00	03/01/2022		40.000,00

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 Nº 02/2022 (FEVEREIRO/2022), 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: TESOURO

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Mun. Saúde	 Conferido Matrícula:	

Fundo USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº 1154

Banco / Agência / Conta Corrente

Emitido por: ELAINE IMACULADA CUSTODIO / Gravado por: ELAINE IMACULADA CUSTODIO

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

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

Nome Legível: _____

Visualização de arquivos**Auto-Atendimento
Comprovante – Arquivo**

Agência débito: 1633-0
Conta débito: 73214-1
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: 20220044242022001154
Data pagamento: 16/03/2022
Valor pagamento: 131.000,00
Documento banco: 00000890000342998023
Data real pagamento: 16/03/2022
Valor real pagamento: 131.000,00
Autenticação: 84F6052CCE10A46D
