

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 10007
DATA: 23/05/2022

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546
Data Provável de Pagamento: 30/05/2022 **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
2601	663	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043000102 00	22/03/2022		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 Nº 05/2022 (MAIO/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: TESOIRO

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabrício Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Secretário Mun. Saúde	 Rosângela de Almeida Souza Matrícula Conferido 56-1 Fundo Municipal de Saúde	

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº 2648
Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBÍ(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: 20220100072022002648
Data pagamento: 30/05/2022
Valor pagamento: 131.000,00
Documento banco: 00000890000351394760
Data real pagamento: 30/05/2022
Valor real pagamento: 131.000,00
Autenticação: 3E8E4C65F0EAE0C5
