

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**Nº: 23964**
DATA: 01/12/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAÚDE	Código: 1546
Data Provável de Pagamento: 02/12/2021	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
6490	829	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412195335039000102 00	29/09/2021		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 Nº 11/2021 (NOVEMBRO/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: TESOIRO

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
Fabricio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	Regiane de Almeida Souza Matricula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde	

USO DA TESOOURARIA**Forma de Pagamento:** () Cheque **Relação Bancária Nº 6397****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
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: 20210239642021006397
Data pagamento: 23/12/2021
Valor pagamento: 131.000,00
Documento banco: 00000890000334470331
Data real pagamento: 23/12/2021
Valor real pagamento: 131.000,00
