

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 8105
DATA: 27/04/2022

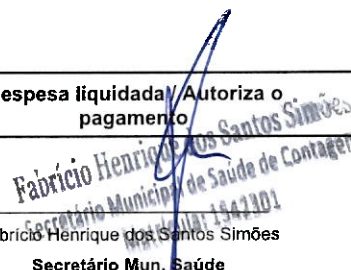

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE	Código: 1546
Data Provável de Pagamento: 15/05/2022	Nº do Processo / Ano: /
Fonte de recurso: 2159 - Transferência do SUS - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde	
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE -	Código: 45407
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
2793	665	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043002159 00	25/03/2022		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 036/120 (ABRIL/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 RECURSO: MAC .

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabrício Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Secretário Mun. Saúde	 Regiane de Jesus Souza Conferido Matr. 189456-1 Fundo Municipal de Saúde	

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº 2220
 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: 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: 20220081052022002220
Data pagamento: 06/05/2022
Valor pagamento: 345.000,00
Documento banco: 00000890000348821828
Data real pagamento: 06/05/2022
Valor real pagamento: 345.000,00
Autenticação: 4E2F12DEABBA6C4
