

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 6176
DATA: 01/04/2022

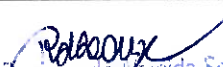
UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546
Data Provável de Pagamento: 10/04/2022 **Nº do Processo / Ano:** /
Fonte de recurso: 2159 - Transferência do SUS - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - **Código:** 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
672	665	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043002159 00	03/01/2022		254.000,00
2474	665	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043002159 00	18/03/2022		91.000,00

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 035/120 (MARÇO/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	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
Fabricao Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabricao Henrique dos Santos Simões Matricula: 1542301 Secretário Mun. Saúde	 Fabricao de Almeida Souza Matricula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde Contagem - MG	

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque **Relação Bancária Nº 1626**
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: 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: 20220061762022001626
Data pagamento: 14/04/2022
Valor pagamento: 345.000,00
Documento banco: 00000890000346303053
Data real pagamento: 14/04/2022
Valor real pagamento: 345.000,00
Autenticação: 34BB6A9A3B668C96
