

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**Nº: 5939****DATA: 29/03/2022**


UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE		Código: 1546	
Data Provável de Pagamento: 10/04/2022		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
2124	663	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043000102 00	04/03/2022		102.000,00
1304	663	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043000102 00	31/01/2022		29.000,00

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 03/2022 (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 DE VALOR 11.378.510,96, RECURSO: TESOIRO

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 Secretário Mun. Saúde Matricula: 1541301	 Adilson Matricula: 1541301 Fundo Municipal de Saúde Conferido	

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque (x) Relação Bancária Nº 1618
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: 20220059392022001618
Data pagamento: 18/04/2022
Valor pagamento: 131.000,00
Documento banco: 00000890000346504841
Data real pagamento: 18/04/2022
Valor real pagamento: 131.000,00
Autenticação: 9FC6157E20515D75
