

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 14843

DATA: 05/08/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 05/08/2021

Nº do Processo / Ano: /

Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

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
1458	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	23/02/2021		79.500,00

Valor Bruto: 79.500,00

Líquido a Pagar: 79.500,00

Valor por Extenso: SETENTA E NOVE MIL E QUINHENTOS REAIS*****

in

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 021/2021 REFERENTE 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: MAC.

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento

Inspeção Financeira / Documentação Conferida

Pagamento conforme disponibilidade financeira

Fabrizio Henrique dos Santos Simões
 Fabricio Henrique dos Santos Simões
 Sec. Munic. de Saúde

Regiane de Almeida Souza
 Regiane de Almeida Souza
 Matrícula: 199456-T
 Conferido
 Fundo Municipal de Saúde

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº 4355 - 03/09/21

Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: SERGIO LUIZ ROCHA

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____

CAIXA**2ª Via - Comprovante de Transferência de Valores**
via GovConta Caixa

Emitente:	FMS MEDICAMENTOS ATENCAO SAUDE
Conta Origem:	0893/006/00624089-0
Conta Destino:	0086/003/00003858-3
Nome do Destinatário:	ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI
Valor:	R\$ 79.500,00
Identificação da Operação:	ASSOCOCIACAO APAE00000000
Data de Débito:	03/09/2021 - 10:32:49
Data da Operação:	03/09/2021
Código da Operação:	29732380
Chave de Segurança:	P21GQYF6CQL39GQ2
Operação realizada com sucesso.	