

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 24762
DATA: 08/12/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 09/12/2021 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 5102 - Recurso de Emenda Parlamentar Municipal - Vinculado Constitucionalmente à Saúde

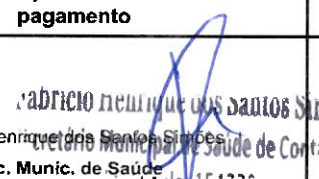
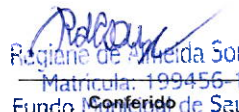
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
7285	1376	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030005102 35	04/11/2021		1.197,00

Valor Bruto: 1.197,00
 Líquido a Pagar: 1.197,00
 Valor por Extenso: HUM MIL E CENTO E NOVENTA E SETE REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 60 REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E PARCERIA COM OSC PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES, SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO, QUE HABILITA O CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA C/ CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER IV..SOLICITAÇÃO DE EMPENHO Nº.693 SIGMA E MEMO 285/2021 REGULAÇÃO. PROC. ADM. Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018. 2º TERMO DE APOSTILAMENTO REFERENTE A ACRÉSCIMO DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E A READEQUAÇÃO DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DO TERMO DE COLABORAÇÃO. RECURSO: EMENDA DO PROJETO DE LEI Nº.021 DE 30/09/2020 - Nº.13

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 Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde	

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____
 Nome Legível: _____

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00071020-8**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 1.197,00**Data de débito:** 22/12/2021**Data/hora da operação:** 22/12/2021 08:37:21**Código da operação:** 000794**Chave de segurança:** MG3ZNXUYYS99GN2**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Alô CAIXA: 0800 104 0104