

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 24969
DATA: 10/12/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546
Data Provável de Pagamento: 10/12/2021 **Nº do Processo / Ano:** /
Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

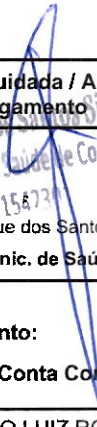

Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - **Código:** 45407
CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 **Inscrição Estadual:** **Inscrição Municipal:**
Endereço: R CRISTAL, 78 **Bairro:** SANTA TEREZA
Cidade: BELO HORIZONTE **CEP:** 31010110 **UF:** MG
Banco: **Agência:** **Conta Corrente:**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

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
3765	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	21/06/2021		15.681,00

Valor Bruto: 15.681,00
Líquido a Pagar: 15.681,00
Valor por Extenso: QUINZE MIL E SEISCENTOS E OITENTA E UM REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DAS FATURAS 78 - 79 - 80 - 81 - 82 COM A FINALIDADE DE REALIZAR PARCERIA COM OSC PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO, CONFORME PORTARIA Nº.883, 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.012/2018.1º 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
 Fabrício Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde Matrícula: 156731	 Fabrício Henrique dos Santos Simões Matrícula: 199436-1 Fundo Municipal de Saúde	

USO DA TESOOURARIA
Forma de Pagamento: () Cheque (x) **Relação Bancária Nº 6774**
Banco / Agência / Conta Corrente:

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

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: 20210249692021006774
Data pagamento: 30/12/2021
Valor pagamento: 15.681,00
Documento banco: 0000690000335136761
Data real pagamento: 30/12/2021
Valor real pagamento: 15.681,00
Autenticação: 776C7BF70C0F1351
