

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 24974
DATA: 10/12/2021

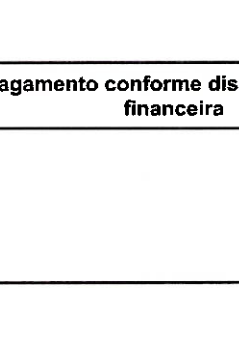

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE		Código: 1546
Data Provável de Pagamento: 10/12/2021		Nº do Processo / Ano: /
Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS		
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE -		Código: 45407
CNPJ/CPF: 18216366/0001-68	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		29.892,00

Valor Bruto: 29.892,00
Líquido a Pagar: 29.892,00
Valor por Extenso: VINTE E NOVE MIL E OITOCENTOS E NOVENTA E DOIS REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DAS FATURAS 88 - 89 - 90 - 91 - 92 - 93 COM A FINALIDADE DE 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.012/2018.1º 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
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	 Rogério de Almeida Souza Matricula: 199456-1 Conferido 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

RECEBÍ(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: 20210249742021006774
Data pagamento: 30/12/2021
Valor pagamento: 29.892,00
Documento banco: 00000890000335136763
Data real pagamento: 30/12/2021
Valor real pagamento: 29.892,00
Autenticação: CC5900B0283405B7
