

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 7429

DATA: 20/04/2022

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 25/04/2022 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 2159 - Transferência do SUS - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde

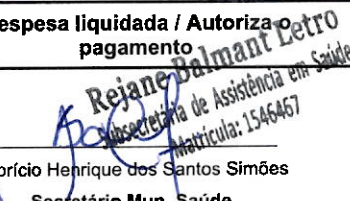
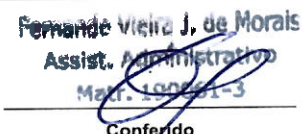
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18.216.366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
889	667	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075339030002159 35	03/01/2022		44.007,00

Valor Bruto: 44.007,00
 Líquido a Pagar: 44.007,00
 Valor por Extenso: QUARENTA E QUATRO MIL E SETE REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DAS FATURAS : 004 - 005 - 006 REFERENTE REALIZAR 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, CONFORME 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 MAC.

Despesa liquidada / Autorização pagamento  Fabrício Henrique dos Santos Simões Secretário Mun. Saúde	Inspeção Financeira / Documentação Conferida  Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 100561-3 Conferido	Pagamento conforme disponibilidade financeira
---	---	--

USO DA TESOUREARIA

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: 20220074292022002092
Data pagamento: 29/04/2022
Valor pagamento: 44.007,00
Documento banco: 00000890000347948491
Data real pagamento: 29/04/2022
Valor real pagamento: 44.007,00
Autenticação: 4F9FB76FA70798F9
