

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 7428

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		21.995,55

Valor Bruto: 21.995,55
 Líquido a Pagar: 21.995,55
 Valor por Extenso: VINTE E UM MIL E NOVECENTOS E NOVENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA E CINCO CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DAS FATURAS : 001 - 002 - 003 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 / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabrício Henrique dos Santos Simões Secretário Mun. Saúde	 Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 1.10061 Conferido	

USO DA TESOURARIA

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: 20220074282022002092
Data pagamento: 29/04/2022
Valor pagamento: 21.995,55
Documento banco: 00000890000347948494
Data real pagamento: 29/04/2022
Valor real pagamento: 21.995,55
Autenticação: 7C3B3EC0A0586B10
