

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 7967
DATA: 02/05/2022

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 02/05/2022 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		5.443,00

Valor Bruto: 5.443,00
 Líquido a Pagar: 5.443,00
 Valor por Extenso: CINCO MIL E QUATROCENTOS E QUARENTA E TRES REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DAS FATURAS : 013 - 014 - 015 - 016 - 017 - 018 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
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Mun. Saúde	 Regiane de Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Mun. Saúde	

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº 2220
 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: 20220079672022002220
Data pagamento: 06/05/2022
Valor pagamento: 5.443,00
Documento banco: 00000890000348821829
Data real pagamento: 06/05/2022
Valor real pagamento: 5.443,00
Autenticação: FCA13A3F269CB2E0
