

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTONº: 8508
DATA: 02/05/2022

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE	Código: 1546
Data Provável de Pagamento: 03/05/2022	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		11.945,00

Valor Bruto: 11.945,00
 Líquido a Pagar: 11.945,00
 Valor por Extenso: ONZE MIL E NOVECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DAS FATURAS : 024 - 025 - 026 - 027 - 028 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
Fabricao Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabricao Henrique dos Santos Simões Secretário Mun. Saúde	Rafaela de Oliveira Souza Matricula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde	

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº 2438

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: 20220085082022002418
Data pagamento: 17/05/2022
Valor pagamento: 11.945,00
Documento banco: 00000890000350007451
Data real pagamento: 17/05/2022
Valor real pagamento: 11.945,00
Autenticação: B0F24514D8AE99DF
