NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 8511
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		41.935,50

Valor Bruto: 41.935,50
Líquido a Pagar: 41.935,50
Valor por Extenso: QUARENTA E UM MIL E NOVECENTOS E TRINTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS******* ********** ********** ********** ********** ********** ********** ********** **********

Justificativa: PAGAMENTO DAS FATURAS : 029 - 030 - 031 - 032 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**	Regiane de ... Matrícula ... Fundo Municipal de Saúde **Conferido**	

USO DA TESOURARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque ( ) Relação Bancária Nº 2418
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:	20220085112022002418
Data pagamento:	17/05/2022
Valor pagamento:	41.935,50
Documento banco:	00000890000350007452
Data real pagamento:	17/05/2022
Valor real pagamento:	41.935,50
Autenticação:	07F2AC4F679CC85B