

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 21515

DATA: 04/11/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 05/11/2021

Nº do Processo / Ano: /

Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407

CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 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


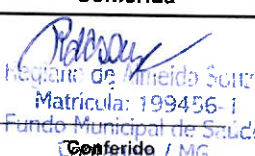
Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
3765	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	21/06/2021		3.502,80

Valor Bruto: 3.502,80

Líquido a Pagar: 3.502,80 /

Valor por Extenso: TRES MIL E QUINHENTOS E DOIS REAIS E OITENTA CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 46 COM A FINALIDADE DE REALIZAR PARCERIA COM OSC PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO, CONFORME PORTARIA Nº.683, DE 18/04/2019, QUE HABILITA O CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA C/ CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER IV. CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018.1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC.

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde Matrícula: 194484	 Patrícia de Almeida Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde Contador / MG	

USO DA TESOURARIAForma 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: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DO
Documento empresa: 20210215142021005621
Data pagamento: 11/11/2021
Valor pagamento: 3.502,80
Documento banco: 00000890000329166039
Data real pagamento: 11/11/2021
Valor real pagamento: 3.502,80
Autenticação: CCEDD5D3AA56CB90
