

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 9881
DATA: 19/05/2022

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546
Data Provável de Pagamento: 20/05/2022 **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		680,00

Valor Bruto: 680,00
líquido a Pagar: 680,00
Valor por Extenso: SEISCENTOS E OITENTA REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA : 034 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
 Fabiano Henrique dos Santos Simões Secretário Mun. Saúde	 Regiane de Almeida Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde	

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº 2639
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: 20220098812022002639
Data pagamento: 27/05/2022
Valor pagamento: 680,00
Documento banco: 00000890000351222542
Data real pagamento: 27/05/2022
Valor real pagamento: 680,00
Autenticação: 36EBE5C769CFFA2A
