

## NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 3906  
DATA: 02/03/2022

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE		Código: 1546				
Data Provável de Pagamento: 15/03/2022		Nº do Processo / Ano: /				
Fonte de recurso: 2159 - Transferência do SUS - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde						
Credor: ASSOCIAÇÃO 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
672	665	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043002159 00	03/01/2022		345.000,00
Valor Bruto:		345.000,00				
Líquido a Pagar:		345.000,00				
Valor por Extenso:		TREZENTOS E QUARENTA E CINCO MIL REAIS***** *****				
Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 034/120 ( FEVEREIRO/2022) PARA 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, VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/2028.1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC .						
Despesa liquidada / Autoriza o pagamento		Inspeção Financeira / Documentação Conferida		Pagamento conforme disponibilidade financeira		
Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Mun. Saúde		 Matrícula Conferida: 456-1				
USO DA TESOUREARIA						
Forma de Pagamento:		<input type="checkbox"/> Cheque <input checked="" type="checkbox"/> Relação Bancária Nº <u>1017</u>				
Banco / Agência / Conta Corrente:						
Emitido por: ELAINE IMACULADA CUSTODIO / Gravado por: ELAINE IMACULADA CUSTODIO						
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: 20220039062022001047  
Data pagamento: 08/03/2022  
Valor pagamento: 345.000,00  
Documento banco: 00000890000342090147  
Data real pagamento: 08/03/2022  
Valor real pagamento: 345.000,00  
Autenticação: 4C1A9FF5CC1AC6AD

---