

**NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO****Nº: 10006****DATA: 23/05/2022**

<b>UG / UE:</b> FUNDO MUNICIPAL SAUDE		<b>Código:</b> 1546
<b>Data Provável de Pagamento:</b> 30/05/2022		<b>Nº do Processo / Ano:</b> /
<b>Fonte de recurso:</b> 2159 - Transferência do SUS - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos de Saúde		
<b>Credor:</b> ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE -	<b>Código:</b> 45407	
<b>CNPJ/CPF:</b> 18.216.366/0001-68	<b>Inscrição Estadual:</b>	<b>Inscrição Municipal:</b>
<b>Endereço:</b> R CRISTAL, 78	<b>Bairro:</b> SANTA TEREZA	
<b>Cidade:</b> BELO HORIZONTE	<b>CEP:</b> 31010110	<b>UF:</b> MG
<b>Banco:</b>	<b>Agência:</b>	<b>Conta Corrente:</b>
		<b>Telefone:</b> 3134972575

**Natureza do Pagamento:** 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
2793	665	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200022075335043002159 00	25/03/2022		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 037/120 ( MAIO/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 RECURSO: MAC .

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Mún. Saúde	Conferido Matrícula: 19456-1	

**USO DA TESOUREARIA****Forma de Pagamento:** ( ) Cheque ( ) Relação Bancária Nº *Ordem Bancária 2881***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: 20220100062022002881  
Data pagamento: 08/06/2022  
Valor pagamento: 345.000,00  
Documento banco: 00000890000352598478  
Data real pagamento: 08/06/2022  
Valor real pagamento: 345.000,00  
Autenticação: 6373DEB9798F758C

---