

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 1721  
DATA: 31/01/2022

**UG / UE:** FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
**Data Provável de Pagamento:** 25/02/2022 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:** 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
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 033/120 ( JANEIRO/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
Fabrício Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Matrícula: 1547301 Fabrício Henrique dos Santos Simões Secretário Mun. Saúde	Raquiana de Almeida Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde	

**USO DA TESOUREARIA**

**Forma de Pagamento:**  Cheque  Relação Bancária Nº 581  
**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: 20220017212022000581  
Data pagamento: 18/02/2022  
Valor pagamento: 345.000,00  
Documento banco: 00000890000340225154  
Data real pagamento: 18/02/2022  
Valor real pagamento: 345.000,00  
Autenticação: COB243B3BBCA8BB3

---