

## NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

**Nº: 21514**  
**DATA: 04/11/2021**

**UG / UE:** FUNDO MUNICIPAL SAÚDE

**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 45 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	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
<p><i>Fabricio Henrique dos Santos Simões</i> Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabricio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde</p>	<p><i>Rafael</i> Regional de Materiais Bélicos Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde</p>	

### USO DA TESOOURARIA

**Forma 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: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DO  
Documento empresa: 20210215152021005621  
Data pagamento: 11/11/2021  
Valor pagamento: 3.502,80  
Documento banco: 00000890000329166036  
Data real pagamento: 11/11/2021  
Valor real pagamento: 3.502,80  
Autenticação: 264AB1507C359531