

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 24500

DATA: 06/12/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Data Provável de Pagamento: 07/12/2021

Código: 1546

Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

Nº do Processo / Ano: /

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:


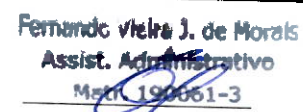
Telefone: 3134972575

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		60.375,00

Valor Bruto: 60.375,00  
 Líquido a Pagar: 60.375,00  
 Valor por Extenso: **SESSENTA MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS\*\*\*\*\***  
 \*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 52 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
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Contabilidade Sec. Munic. de Saúde	 Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 190661-3 Conferido	

**USO DA TESOUREARIA**  
 Forma de Pagamento: ( ) Cheque ( ) Relação Bancária Nº  
 Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: SERGIO LUIZ ROCHA

#### 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: 20210245002021006270  
Data pagamento: 10/12/2021  
Valor pagamento: 60 375,00  
Documento banco: 00000890000332664613  
Data real pagamento: 10/12/2021  
Valor real pagamento: 60 375,00  
Autenticação: 7C665D3069C9D4EC