

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 1477
DATA: 27/01/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 27/01/2021 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

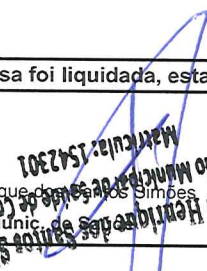

Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
952	799	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039002159 00	04/01/2021		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 021/120 (JANEIRO/2021) 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 - EMISSÃO DA PARCELA: 08/01/2021 - RECEBIDA EM: 19/01/2021.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 Fabrice Henriques dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde Matr. 1542301	 Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 1542301-3 Conferido

USO DA TESOOURARIA
 Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 342 - 03/02/21
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA
 Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____
 Nome Legível: _____

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00624089-0**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 345.000,00**Data de débito:** 03/02/2021**Data/hora da operação:** 03/02/2021 09:28:33**Código da operação:** 002438**Chave de segurança:** 50QLJGFK5P5NWHFM**Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.**

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104