

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 13442

DATA: 21/07/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 30/07/2021 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
3763	99	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039002159 00	21/06/2021		336.000,00
1655	799	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039002159 00	05/03/2021		9.000,00

Valor Bruto: 345.000,00
 Liquidado a Pagar: 345.000,00
 Valor por Extenso: TREZENTOS E QUARENTA E CINCO MIL REAIS*****

sh
Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 027/120 (JULHO/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

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
Fabício Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Sec. Munic. de Saúde 1542301	Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 190061-3 Conferido	

USO DA TESOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº
 Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA / Gravado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA

RECEBÍ(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\$ 452.933,70**Data de débito:** 09/08/2021**Data/hora da operação:** 09/08/2021 08:56:42**Código da operação:** 029690136**Chave de segurança:** ZUJM4HQS1YG1J68Z**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