

## NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

**Nº: 10345**

**DATA: 14/05/2020**

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 15/05/2020

Nº do Processo / Ano: /

Fonte de recurso: 0102 - Recurso Vinculado Constitucionalmente - 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
3166	776	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039000102 00	14/04/2020		131.000,00

Valor Bruto: 131.000,00

Líquido a Pagar: 131.000,00

Valor por Extenso: CENTO E TRINTA E UM MIL REAIS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA PARCELA 04/2020 (ABRIL/2020) REFERENTE 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 - PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018, VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/28. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR - EMISSÃO DA FATURA: 20/04/2020 - RECEBIDA EM: 14/05/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

CLEBER DE FARIA SILVA  
 Sec. Munic. de Saúde

Fernando Vieira J. de Moraes  
 Assist. Administrativo  
 1467192001-3  
 Conferido

**USO DA TESOUREARIA**

Forma de Pagamento: ( ) Cheque  Relação Bancária Nº 2766 - 25/06/2020

Banco / Agência / Conta Corrente:

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

**RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Ident: \_\_\_\_\_

Nome Legível: \_\_\_\_\_



## TÉV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	0893 / 006 / 00000104-5
<b>Conta destino:</b>	0086 / 003 / 00003858-3
<b>Nome destinatário:</b>	ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 262.000,00
<b>Data de débito:</b>	25/06/2020
<b>Data/hora da operação:</b>	25/06/2020 09:05:14
<b>Código da operação:</b>	001455
<b>Chave de segurança:</b>	Q71UCGLX097F7US8

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