

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 16203
DATA: 28/07/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 29/07/2020 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 | | 65.500,00 |
| 5236 | 776 | FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 11311030200402192335039000102 00 | 10/07/2020 | | 65.500,00 |

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 06/2020 (JUNHO/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: 05/06/2020 - RECEBIDA EM: 16/06/2020.

| | |
|--|--|
| A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga | Autorizo o Pagamento |
|  CLEBER DE FARIA SILVA Sec. Munic. de Saúde |  Conferido Fundo Municipal de Saúde |

Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 4220 - 17/08/2020
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____
 Nome Legível: _____

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00000104-5**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 262.000,00**Data de débito:** 17/08/2020**Data/hora da operação:** 17/08/2020 12:57:55**Código da operação:** 009904**Chave de segurança:** KTN4Y3ZLW36J4064

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