

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 16327  
DATA: 30/07/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
 Data Provável de Pagamento: 31/07/2020 Nº do Processo / Ano: /  
 Fonte de recurso: 0102 - Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde

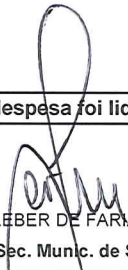

Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407  
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:  
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA  
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG  
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

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 07/2020 (JULHO/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: 07/07/2020 - RECEBIDA EM: 17/07/2020.

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

**USO DA TESOUREARIA**

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

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

**RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Ident: \_\_\_\_\_  
 Nome Legível: \_\_\_\_\_

**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