

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 17135
DATA: 12/08/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 01/09/2020 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
5922	776	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039000102 00	30/07/2020		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 08/2020 (AGOSTO/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: 07/08/2020 - RECEBIDA EM: 12/08/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

CLEBER DE FARIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde

Maria Alice Camargo Alves
 Matrícula: 13099-4
 Fundo Municipal de Saúde
 Conferido / MG

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque (x) Relação Bancária Nº 4393 - 26/08/2020
 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\$ 131.000,00
Data de débito:	26/08/2020
Data/hora da operação:	26/08/2020 10:00:51
Código da operação:	001529
Chave de segurança:	M0M4H6SFAWQLEJVJ

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