

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 19611  
DATA: 11/09/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
 Data Provável de Pagamento: 25/09/2020 Nº do Processo / Ano: /  
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de 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
5030	778	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039002159 00	30/06/2020		345.000,00

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

**Justificativa:** PAGAMENTO DA PARCELA 017/120 (SETEMBRO 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 08/09/2020 - RECEBIDA EM: 11/09/2020.

<p>A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga</p>	<p>Autorizo o Pagamento</p>
<p><i>[Assinatura]</i>          CLEBER DE FARIA SILVA          Sec. Munic. de Saúde</p> <p style="text-align: center;"><i>[Assinatura]</i>          Paulo Vitor J. de Moraes          Assist. Administrativo          Conferido</p>	

**USO DA TESOURARIA**

Forma de Pagamento: ( ) Cheque  Relação Bancária Nº 5502 - 17/09/20  
 Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ELAINE IMACULADA CUSTODIO / Gravado por: ELAINE IMACULADA CUSTODIO

**RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA**

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

## Visualização de arquivos

**Auto-Atendimento**  
**Comprovante – Arquivo**

Agência débito: 1633-0  
Conta débito: 62917-0  
CPF/CNPJ: 14237130/0001-57 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

---

Banco: 104  
Agência crédito: 86-0  
Conta crédito: 3858-3  
Favorecido: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DO  
Documento empresa: 20200196112020005002  
Data pagamento: 17/09/2020  
Valor pagamento: 345.000,00  
Documento banco: 00000890000285693095  
Data real pagamento: 17/09/2020  
Valor real pagamento: 345.000,00  
Autenticação: 5EC41D029AC4EA7A

---