

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 22330
DATA: 16/10/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 19/10/2020 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

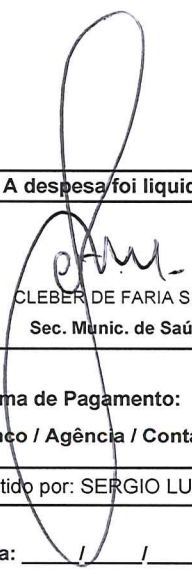
Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

| 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*****

624089-7

Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 018/120 (OUTUBRO 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 06/10/2020 - RECEBIDA EM: 15/10/2020.

| | |
|--|---|
| 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 Matr. 199801-3 Conferido |

USO DA TESOUREARIA
 Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 5740 - 26/10/2020
 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 / 00624089-0**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCION**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 345.000,00**Data de débito:** 26/10/2020**Data/hora da operação:** 26/10/2020 13:04:45**Código da operação:** 261304**Chave de segurança:** K3MPQ555C6435096**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