

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 23630  
DATA: 27/10/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
 Data Provável de Pagamento: 05/11/2020 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
7745	776	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039000102 00	08/10/2020		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 10/2020 (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: 09/10/2020 - RECEBIDA EM: 15/10/2020.

<b>A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga</b>	<b>Autorizo o Pagamento</b>
 CLEBER DE FARIA SILVA Sec. Munic. de Saúde	 Regiane de Almeida Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde Contagem / MG Conferido

**USO DA TESOOURARIA**  
 Forma de Pagamento: ( ) Cheque  Relação Bancária Nº 6095 - 02/10/20  
 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\$ 131.000,00**Data de débito:** 12/11/2020**Data/hora da operação:** 12/11/2020 08:56:53**Código da operação:** 002455**Chave de segurança:** YFYGG3SLLT254K6S**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