

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 27791
DATA: 09/12/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 11/12/2020 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
8507	776	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039000102 00	27/10/2020		131.000,00

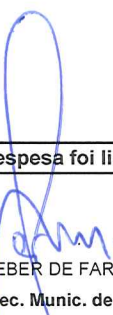
Valor Bruto: 131.000,00
 Líquido a Pagar: 131.000,00
 Valor por Extenso: CENTO E TRINTA E UM MIL REAIS

104-5

Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 12/2020 (DEZEMBRO/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: 04/12/2020 - RECEBIDA EM: 09/12/2020.

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. 190221-3
 Conferido

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº 7008-21/12/20
 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:** 21/12/2020**Data/hora da operação:** 21/12/2020 14:39:06**Código da operação:** 023076**Chave de segurança:** 6KEHC2TV5GNGZSV7**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