

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 27790

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: 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 020/120 (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 L. de Moraes
 Assist. Administrativo
 Confêrido

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 4057- 22/12/20

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 / 00624089-0**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 345.000,00**Data de débito:** 22/12/2020**Data/hora da operação:** 22/12/2020 09:48:01**Código da operação:** 004252**Chave de segurança:** MRQZKGL8VF25RETQ

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