

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 19176  
DATA: 30/09/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
 Data Provável de Pagamento: 04/10/2021 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
5214	829	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412195335039000102 00	12/08/2021		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 09/2021 ( SETEMBRO/2021), REFERENTE A 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. 1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO DO TESOUREIRO PERÍODO: SETEMBRO/2021

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Prefeito Municipal de Santa Eimões Sec. Munic. de Saúde	 Rejane de Almeida Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde	

#### USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque (X) Relação Bancária Nº 5012  
 Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: SERGIO LUIZ ROCHA

#### RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

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



**2ª Via - Comprovante de Transferência de Valores**  
via GovConta Caixa

<b>Emitente:</b>	CONTRAPARTIDA FUNDO MUNICIPAL
<b>Conta Origem:</b>	0893/006/00000104-5
<b>Conta Destino:</b>	0086/003/00003858-3
<b>Nome do Destinatário:</b>	ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI
<b>Valor:</b>	R\$ 262.000,00
<b>Identificação da Operação:</b>	ASSOCOCIACAO APAE
<b>Data de Débito:</b>	07/10/2021 - 09:27:25
<b>Data da Operação:</b>	07/10/2021
<b>Código da Operação:</b>	29769469
<b>Chave de Segurança:</b>	96256ZS07ME27LSZ
<b>Operação realizada com sucesso.</b>	