

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 2919

DATA: 13/02/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
 Data Provável de Pagamento: 14/02/2020 Nº do Processo / Ano: /  
 Fonte de recurso: 2149 - MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Transferência SUS)


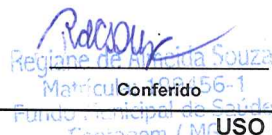
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407  
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:  
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA  
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG  
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Natureza do Pagamento: 2 - RESTOS A PAGAR

Nº Empenho	Unidade Orçamentária	Data	C. Pat.	Valor
704	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	02/01/2019		77.837,85

Valor Bruto: 77.837,85  
 Líquido a Pagar: 77.837,85  
 Valor por Extenso: SETENTA E SETE MIL E OITOCENTOS E TRINTA E SETE REAIS E OITENTA E CINCO CENTAVOS\*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 022 REFERENTE REALIZAR PARCERIA COM OSC PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA - CER IV E OFICINA ORTOPÉDICA, CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO: 002/2018 E DISPENSA Nº. 012/2018. VIGÊNCIA: 7/08/2018 A 07/08/2028 - 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96 - EMISSÃO DA FATURA: 26/12/2019 - RECEBIDA EM: 12/02/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 CLEBER DE FÁRIA SILVA Sec. Munic. de Saúde	 Regiane de Almeida Souza Matrícula: 201956-1 Contagem / MG

**USO DA TESOUREARIA**  
 Forma de Pagamento: ( ) Cheque  Relação Bancária Nº 986 - 27/02/2020  
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

**RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA**

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

05/03/2020

- BANCO DO BRASIL -

4:59:07

**COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA**

**FORMA DE PAGAMENTOS: TED - OUTRA TITULARIDADE**

**CLIENTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CO**

**AGÊNCIA: 1633-0**

**CONTA: 00.000.062.917-0**

=====

**DATA DA TRANSFERÊNCIA:**

**27/02/2020**

**NÚMERO DO DOCUMENTO:**

**00000000986**

**VALOR TOTAL:**

**77.837,85**

**\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA :**

**CLIENTE: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DO**

**BANCO : 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL**

**AGÊNCIA : 008-6**

**CONTA : 00.000.003.858-3**

=====

**Nr. Autenticação: 7.858.5BD.CC1.8A2.FEB**