

# NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 14702

DATA: 04/08/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE  
 Data Provável de Pagamento: 04/08/2021  
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

Código: 1546

Nº do Processo / Ano: /

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
3765	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	21/06/2021		2.300,00

Valor Bruto: 2.300,00  
 Líquido a Pagar: 2.300,00  
 Valor por Extenso: DOIS MIL E TREZENTOS REAIS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 23 COM A FONDALIDADE DE 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. CONFORME 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: MAC.

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
<b>Fabricio Henrique dos Santos Simões</b> Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabricio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	<b>Fernando Vieira J. de Moraes</b> Assist. Administrativo Matr. 1500613 Conferido	

### USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque ( ) Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

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

### RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Ident: \_\_\_\_\_

Nome Legível: \_\_\_\_\_

# NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 14703

DATA: 04/08/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 04/08/2021 N° do Processo / Ano: /

Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos 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: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
955	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	04/01/2021		2.959,10

Valor Bruto: 2.959,10  
 Líquido a Pagar: 2.959,10  
 Valor por Extenso: DOIS MIL E NOVECENTOS E CINQUENTA E NOVE REAIS E DEZ CENTAVOS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 22 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. CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018, VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/2028.1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC. ( OPM FISICO ).

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
Fabrizio Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Matr. 197061-3 Sec. Munic. de Saúde	Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 197061-3 Conferido	

### USO DA TESOURARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque ( ) Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

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

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Ident: \_\_\_\_\_

Nome Legível: \_\_\_\_\_



**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	0893 / 006 / 00624089-0
<b>Conta destino:</b>	0086 / 003 / 00003858-3
<b>Nome destinatário:</b>	ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 5 259,10
<b>Data de débito:</b>	10/08/2021
<b>Data/hora da operação:</b>	10/08/2021 10:49:08
<b>Código da operação:</b>	029693509
<b>Chave de segurança:</b>	AHJP3HNNH22TXNCGG

**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