

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 179

DATA: 15/01/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546

Data Provável de Pagamento: 18/01/2021 **Nº 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: 2 - RESTOS A PAGAR



Nº Empenho	Unidade Orçamentária	Data	C. Pat.	Valor
5309	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	13/07/2020		50.075,80

Valor Bruto: 50.075,80

Líquido a Pagar: 50.075,80

Valor por Extenso: CINQUENTA MIL E SETENTA E CINCO REAIS E OITENTA CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 23 REFERENTE A REALIZAÇÃO DE 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, DISPENSA 012/2018 E TERMO DE COLABORAÇÃO Nº. 002/2018. VIGÊNCIA: 07/08/2018 A 07/08/2028 - 1º TERMO ADITIVO DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC EMISSÃO DA FATURA 28/12/2020 RECEBIDA NO FMS EM 13/01/2021

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	 Rosângela de Almeida Souza Matriculada 108456-1 Fundo Municipal de Saúde Contagem / MG

Forma de Pagamento: () Cheque **Relação Bancária Nº** 161- 22/01/21

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\$ 50.075,80**Data de débito:** 22/01/2021**Data/hora da operação:** 22/01/2021 07:36:13**Código da operação:** 000809**Chave de segurança:** L7MHJ2T35LXQ6TEG**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