

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 190

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: 5102 - Recurso de Emenda Parlamentar Municipal - Vinculado Constitucionalmente à 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: 2 - RESTOS A PAGAR

Nº Empenho	Unidade Orçamentária	Data	C. Pat.	Valor
3777	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	14/05/2020		7.020,00

Valor Bruto: 7.020,00
 Líquido a Pagar: 7.020,00 ✓
 Valor por Extenso: SETE MIL E VINTE REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 26 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 . EMENDA AO PROJETO DE LEI Nº.021 DE 09/2019 - 005 - EMISSÃO DA FATURA 30/12/2020 - RECEBIDA 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   Fabiano de Almeida Souza Matricula: 188456-1 Conferido Contagem / MG	

Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 257 - 17/02/21
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 / 00071020-8**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCION**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 7.020,00**Data de débito:** 17/02/2021**Data/hora da operação:** 17/02/2021 08:25:09**Código da operação:** 170825**Chave de segurança:** W322VFAHY65C6SXM**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