

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 17335  
DATA: 17/08/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
 Data Provável de Pagamento: 21/08/2020 Nº do Processo / Ano: /  
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de 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
838	780	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	02/01/2020		36.308,80

Valor Bruto: 36.308,80  
 Líquido a Pagar: 36.308,80  
 Valor por Extenso: TRINTA E SEIS MIL E TREZENTOS E OITO REAIS E OITENTA CENTAVOS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

62912-c

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 007/20 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: 07/08/2018 A 07/08/2028 - 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96 - RECURSO: MAC - EMISSÃO DA FATURA: 03/08/2020 - RECEBIDA EM : 17/08/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

*CFM.*  
 CLEBER DE FARIA SILVA  
 Sec. Munic. de Saúde

*Maria Ailde Gonçalves*  
 Maria Ailde Gonçalves  
 Matrícula: 133099-4  
 Fundo Municipal de Saúde  
 Contábil Conferido

#### USO DA TESOURARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque (X) Relação Bancária Nº 4570 - 26/08/2020  
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

#### RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

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

## Visualização de arquivos

**Auto-Atendimento  
Comprovante – Arquivo**

Agência débito: 1633-0  
Conta débito: 62917-0  
CPF/CNPJ: 14237130/0001-57 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE

---

Banco: 104  
Agência crédito: 86-0  
Conta crédito: 3858-3  
Favorecido: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DO  
Documento empresa: 20200173352020004570  
Data pagamento: 26/08/2020  
Valor pagamento: 36.308,80  
Documento banco: 0000889000283904280  
Data real pagamento: 26/08/2020  
Valor real pagamento: 36.308,80  
Autenticação: 268E41E23E3B27AE

---