

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 17634  
DATA: 10/09/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
Data Provável de Pagamento: 10/09/2021 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: 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		9.183,24

Valor Bruto: 9.183,24  
Líquido a Pagar: 9.183,24  
Valor por Extenso: NOVE MIL E CENTO E OITENTA E TRES REAIS E VINTE E QUATRO CENTAVOS\*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 30 COM A FINALIDADE 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
<i>Fabricao Henrique dos Santos Simões</i> Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabricao Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	<i>Fernando Vieira J. de Moraes</i> Assist. Administrativo Matr. 190061-3 Conferido	

**USO DA TESOOURARIA**  
Forma de Pagamento: ( ) Cheque  Relação Bancária Nº 4546 - 10/09/21  
Banco / Agência / Conta Corrente:

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

**RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA**  
Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Ident: \_\_\_\_\_  
Nome Legível: \_\_\_\_\_



197

**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\$ 73.793,24**Data de débito:** 17/09/2021**Data/hora da operação:** 17/09/2021 09:28:15**Código da operação:** 029752885**Chave de segurança:** UYEQ9P55E408890Q**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