

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 21792  
DATA: 09/10/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE  
 Data Provável de Pagamento: 09/10/2020  
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde  
 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
838	780	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	02/01/2020		21.350,00


Valor Bruto: 21.350,00  
 Líquido a Pagar: 21.350,00  
 Valor por Extenso: VINTE E UM MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 009/20 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 FATURAS: 26/08/2020 - RECEBIDA EM : 09/10/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

  
 CLEBER DE FARIA SILVA  
 Sec. Munic. de Saúde

  
 Inociane de Almeida Souza  
 Matrícula: 199456-1  
 Conferido  
 Fundo Municipal de Saúde  
 Contagem / MG

Forma de Pagamento: ( ) Cheque  Relação Bancária Nº 5572 - 14/10/2020  
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

#### RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

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

**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\$ 21.350,00**Data de débito:** 14/10/2020**Data/hora da operação:** 14/10/2020 14:27:19**Código da operação:** 012022**Chave de segurança:** H9VXYMEQCQH584GJ

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