

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**Nº: 21820**
DATA: 03/11/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546
Data Provável de Pagamento: 03/11/2020 **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		10.109,30

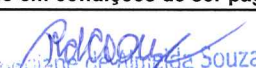
Valor Bruto: 10.109,30
Líquido a Pagar: 10.109,30
Valor por Extenso: DEZ MIL E CENTO E NOVE REAIS E TRINTA CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 010/2020 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:11/09/2020 - 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


 Rosângela de Almeida Souza
 Matrícula: 199456-1
 Fundo Municipal de Saúde
 Cont. Contábil - MG
 Conferido

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque (X) Relação Bancária Nº 6023 - 06/11/20
Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 21824

DATA: 03/11/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546
Data Provável de Pagamento: 03/11/2020 **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		21.234,53

Valor Bruto: 21.234,53
Líquido a Pagar: 21.234,53
Valor por Extenso: VINTE E UM MIL E DUZENTOS E TRINTA E QUATRO REAIS E CINQUENTA E TRES CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 011/2020 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:17/09/2020 - 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	 Regiane de Almeida Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde Contagem/MG Conferido

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº 6023 - 00/11/20
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\$ 31.343,83**Data de débito:** 06/11/2020**Data/hora da operação:** 06/11/2020 09:29:12**Código da operação:** 015661**Chave de segurança:** 9Q04QAV6HXPWW1LM**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