

## NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 2864

DATA: 17/02/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Data Provável de Pagamento: 28/02/2021

Código: 1546

Fonte de recurso: 5102 - Recurso de Emenda Parlamentar Municipal - Vinculado Constitucionalmente à Saúde

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: 2 - RESTOS A PAGAR

Nº Empenho

Unidade Orçamentária

Data

C. Pat.

Valor

3777

FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

14/05/2020

17.757,90

Valor Bruto: 17.757,90

quido a Pagar: 17.757,90

Valor por Extenso: DEZESSETE MIL E SETECENTOS E CINQUENTA E SETE REAIS E NOVENTA CENTAVOS\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA: 002/2021, REFERENTE A 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,  
DATA DE EMISSÃO DA FATURA: 19/01/2021,  
DATA DE RECEBIMENTO FMS: 17/02/2021

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

**Fabício Henrique dos Santos Simões**  
Fabício Henrique dos Santos Simões  
Secretário Municipal de Saúde  
Matr. 1542301

**Fernando Vieira J. de Moraes**  
Assist. Administrativo  
Matr. 150061-3  
Conferido

### USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque ( ) Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA / Gravado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA

### RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_ Ident: \_\_\_\_\_

Nome Legível: \_\_\_\_\_

# NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 2865

DATA: 17/02/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Data Provável de Pagamento: 28/02/2021

Código: 1546

Fonte de recurso: 5102 - Recurso de Emenda Parlamentar Municipal - Vinculado Constitucionalmente à Saúde

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: 2 - RESTOS A PAGAR

Nº Empenho

Unidade Orçamentária

Data

C. Pat.

Valor

3777

FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

14/05/2020

598,50

Valor Bruto: 598,50

Devido a Pagar: 598,50

Valor por Extenso: QUINHENTOS E NOVENTA E OITO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA: 003/2021, REFERENTE A 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,  
DATA DE EMISSÃO DA FATURA: 27/01/2021,  
DATA DE RECEBIMENTO FMS: 17/02/2021

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

Fabricao Henrique dos Santos Simões  
Secretário Municipal de Saúde de Contagem  
Matr: 290061-3

Fernando Vieira J. de Moraes  
Assist. Administrativo  
Matr: 290061-3  
Conferido

## USO DA TESOURARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque ( ) Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA / Gravado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA 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:** 1639 / 003 / 00005568-0**Nome destinatário:** ASSOCIACAO CUIDAR BEM MG ACB**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 43.797,93**Data de débito:** 12/04/2021**Data/hora da operação:** 12/04/2021 12:43:44**Código da operação:** 121243**Chave de segurança:** N4HGTXYW6WTX0X9**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