

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 27758  
DATA: 09/12/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
 Data Provável de Pagamento: 11/12/2020 Nº do Processo / Ano: /  
 Fonte de recurso: 5102 - Recurso de Emenda Parlamentar Municipal - Vinculado Constitucionalmente à 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
3776	1372	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030005102 35	14/05/2020		59.350,00


Valor Bruto: 59.350,00  
 Líquido a Pagar: 59.350,00  
 Valor por Extenso: CINQUENTA E NOVE MIL E TREZENTOS E CINQUENTA REAIS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

71020-8

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 017 REFERENTE 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, 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 - 002 - EMISSÃO DA FATURA: 02/12/2020 - RECEBIDA EM: 08/12/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

  
 CLEBER DE FARIA SILVA  
 Sec. Munic. de Saúde

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

#### USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque  Relação Bancária Nº 6965 - 21/12/20  
 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 / 00071020-8**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 59.350,00**Data de débito:** 21/12/2020**Data/hora da operação:** 21/12/2020 09:14:33**Código da operação:** 004531**Chave de segurança:** 9V22AWCQN84M41A5**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