

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

**Nº: 24939**  
**DATA: 11/11/2020**

|  |                            |                                |
|--|----------------------------|--------------------------------|
| <b>UG / UE:</b> FUNDO MUNICIPAL SAUDE  |                            | <b>Código:</b> 1546            |
| <b>Data Provável de Pagamento:</b> 13/11/2020  |                            | <b>Nº do Processo / Ano:</b> / |
| <b>Fonte de recurso:</b> 2159 - Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde |                            |                                |
| <b>Credor:</b> ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE -      |                            | <b>Código:</b> 45407           |
| <b>CNPJ/CPF:</b> 18216366/0001-68  | <b>Inscrição Estadual:</b> | <b>Inscrição Municipal:</b>    |
| <b>Endereço:</b> R CRISTAL, 78   |                            | <b>Bairro:</b> SANTA TEREZA    |
| <b>Cidade:</b> BELO HORIZONTE  | <b>CEP:</b> 31010110       | <b>UF:</b> MG                  |
| <b>Banco:</b>  | <b>Agência:</b>            | <b>Conta Corrente:</b>         |
|  |                            | <b>Telefone:</b> 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 |         | 58.800,00 |

**Valor Bruto:** 58.800,00  
**Líquido a Pagar:** 58.800,00  
**Valor por Extenso:** CINQUENTA E OITO MIL E OITOCENTOS REAIS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 013/2020 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: 14/10/2020 - RECEBIDA EM : 11/11/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

CLEBER DE FÁRIA SILVA  
 Sec. Munic. de Saúde

*Regiane de Almeida Souza*  
 Regiane de Almeida Souza  
 Matrícula: 122450-1  
 Fundo Municipal de Saúde  
 Contagem / MG

**USO DA TESOUREARIA**

**Forma de Pagamento:** ( ) Cheque  Relação Bancária Nº 6437 - 09/11/20

**Banco / Agência / Conta Corrente:**

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

**RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA**

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

**Nome Legível:** \_\_\_\_\_

**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\$ 58.800,00**Data de débito:** 19/11/2020**Data/hora da operação:** 19/11/2020 08:25:09**Código da operação:** 003405**Chave de segurança:** 3ECAZRF6NNH0V235

**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