
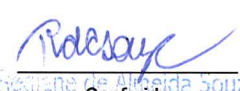


NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTONº: 24936
DATA: 11/11/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE		Código: 1546				
Data Provável de Pagamento: 23/11/2020		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:				
Endereço: R CRISTAL, 78		Inscrição Municipal:				
Cidade: BELO HORIZONTE		Bairro: SANTA TEREZA				
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		30.325,95
Valor Bruto:		30.325,95				
Líquido a Pagar:		30.325,95				
Valor por Extenso:		TRINTA MIL E TREZENTOS E VINTE E CINCO REAIS E NOVENTA E CINCO CENTAVOS*****				

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 015/2020 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: 03/11/2020 - RECEBIDA EM : 11/11/2020.						
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 Conferido Matrícula: 189456-1 Fundo Municipal de Saúde		
USO DA TESOUREARIA						
Forma de Pagamento:		<input type="checkbox"/> Cheque <input checked="" type="checkbox"/> Relação Bancária Nº 6411- 03/12/20				
Banco / Agência / Conta Corrente:						
Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: SERGIO LUIZ ROCHA						
RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA						
Data: ___/___/___		Assinatura: _____			Ident: _____	
Nome Legível: _____						
Pça Pres.Tancredo Neves Nº200 - Camilo Alves - CEP 32017-900-Contagem- MG CNPJ 18.715.508/0001-31						

**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\$ 30.325,95**Data de débito:** 14/12/2020**Data/hora da operação:** 14/12/2020 15:39:13**Código da operação:** 020440**Chave de segurança:** 4HQJRKWTMAQRUEEL**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