

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 27769

DATA: 09/12/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 07/01/2021

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
5309	780	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	13/07/2020		32.556,45

Valor Bruto: 32.556,45

Líquido a Pagar: 32.556,45

Valor por Extenso: TRINTA E DOIS MIL E QUINHENTOS E CINQUENTA E SEIS REAIS E QUARENTA E CINCO CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 18 REFERENTE A REALIZAÇÃO DE 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, DISPENSA 012/2018 E TERMO DE COLABORAÇÃO Nº. 002/2018. VIGÊNCIA: 07/08/2018 A 07/08/2028 - 1º TERMO ADITIVO DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC EMISSÃO DA FATURA 03/12/2020 RECEBIDA NO FMS 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 J. de Moraes
Assist. Administrativo
Matr. 190061-3
Conferido

USO DA TESOOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque (x) Relação Bancária Nº 6895 - 34/12/2020

Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ELAINE IMACULADA CUSTODIO / Gravado por: ELAINE IMACULADA CUSTODIO

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: / / Assinatura: Ident: _____

Nome Legível: _____



28

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\$ 32.556,45**Data de débito:** 14/12/2020**Data/hora da operação:** 14/12/2020 15:39:13**Código da operação:** 020433**Chave de segurança:** 5H38C79U47769VF0**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