

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 27771
DATA: 09/12/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 30/12/2020 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

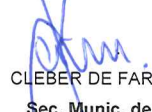
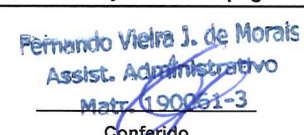
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

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		30.979,20

Valor Bruto: 30.979,20
 Líquido a Pagar: 30.979,20
 Valor por Extenso: TRINTA MIL E NOVECENTOS E SETENTA E NOVE REAIS E VINTE CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 19 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 FÁRIA SILVA Sec. Munic. de Saúde	 Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 190261-3 Conferido

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ____/____/____ Assinatura: _____ Ident: _____
 Nome Legível: _____

27

**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\$ 30.979,20
Data de débito:	14/12/2020
Data/hora da operação:	14/12/2020 15:39:13
Código da operação:	020427
Chave de segurança:	7G5AWA9HQXHCXG0R

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