



NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 27777

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

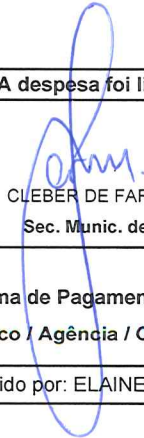
Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

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		520,00

Valor Bruto: 520,00
 Líquido a Pagar: 520,00
 Valor por Extenso: QUINHENTOS E VINTE REAIS*****

604079-7

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 21 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 TESOUREARIA

Forma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

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

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\$ 520,00**Data de débito:** 14/12/2020**Data/hora da operação:** 14/12/2020 15:39:13**Código da operação:** 020425**Chave de segurança:** U5QFQ7G6LYUYMJEZ**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