

### NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 27030

DATA: 04/12/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546  
 Data Provável de Pagamento: 07/12/2020 Nº do Processo / Ano: /  
 Fonte de recurso: 5102 - Recurso de Emenda Parlamentar Municipal - Vinculado Constitucionalmente à Saúde


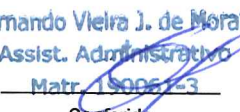
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407  
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:  
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA  
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG  
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
3776	1372	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030005102 35	14/05/2020		57.925,00

Valor Bruto: 57.925,00 ✓  
 Líquido a Pagar: 57.925,00  
 Valor por Extenso: CINQUENTA E SETE MIL E NOVECENTOS E VINTE E CINCO REAIS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 016 REFERENTE REALIZAR PARCERIA COM OSC PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO, CONFORME PORTARIA Nº.683, DE 18/04/2019, QUE HABILITA O CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA C/ CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER IV, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018. VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/28. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR . EMENDA AO PROJETO DE LEI Nº.021 DE 09/2019 - 002 - EMISSÃO DA FATURA: 16/11/2020 - RECEBIDA EM: 04/12/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 CLEBER DE FÁRIA SILVA Sec. Munc. de Saúde	 Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 15006723 Conferido

**USO DA TESOUREARIA**

Forma de Pagamento:  Cheque  Relação Bancária Nº 6434-16/12/20  
 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 / 00071020-8**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 57.925,00**Data de débito:** 16/12/2020**Data/hora da operação:** 16/12/2020 12:53:13**Código da operação:** 012938**Chave de segurança:** N6Z4ZS5FLUM50EPG**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