

**NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO****Nº: 24764**  
**DATA: 08/12/2021**

<b>UG / UE:</b> FUNDO MUNICIPAL SAUDE	<b>Código:</b> 1546
<b>Data Provável de Pagamento:</b> 09/12/2021	<b>Nº do Processo / Ano:</b> /
<b>Fonte de recurso:</b> 5102 - Recurso de Emenda Parlamentar Municipal - Vinculado Constitucionalmente à Saúde	
<b>Credor:</b> ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE -	<b>Código:</b> 45407
<b>CNPJ/CPF:</b> 18216366/0001-68	<b>Inscrição Estadual:</b>
<b>Inscrição Municipal:</b>	
<b>Endereço:</b> R CRISTAL, 78	<b>Bairro:</b> SANTA TEREZA
<b>Cidade:</b> BELO HORIZONTE	<b>CEP:</b> 31010110
	<b>UF:</b> MG
<b>Banco:</b>	<b>Agência:</b>
<b>Conta Corrente:</b>	<b>Telefone:</b> 3134972575



**Natureza do Pagamento:** 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
7285	1376	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030005102 35	04/11/2021		25.735,50

**Valor Bruto:** 25.735,50**Líquido a Pagar:** 25.735,50**Valor por Extenso:** VINTE E CINCO MIL E SETECENTOS E TRINTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 62 REFERENTE AQUISIÇÃO DE MATERIAIS E PARCERIA COM OSC PARA ADMINISTRAÇÃO, OPERACIONALIZAÇÃO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES, SERVIÇOS DE SAÚDE DO CENTRO, QUE HABILITA O CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA C/ CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO - CER IV..SOLICITAÇÃO DE EMPENHO Nº.693 SIGMA E MEMO 285/2021 REGULAÇÃO. PROC. ADM. Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018. 2º TERMO DE APOSTILAMENTO REFERENTE A ACRÉSCIMO DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E A READEQUAÇÃO DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DO TERMO DE COLABORAÇÃO. RECURSO: EMENDA DO PROJETO DE LEI Nº.021 DE 30/09/2020 - Nº.13

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabrício Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	 Conferido	

**USO DA TESOOURARIA****Forma de Pagamento:** ( ) Cheque ( ) Relação Bancária Nº**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\$ 25.735,50**Data de débito:** 22/12/2021**Data/hora da operação:** 22/12/2021 08:37:21**Código da operação:** 000795**Chave de segurança:** GMVTLHNEV2HX0AAR**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  
AI6 CAIXA: 0800 104 0104