

**NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**

**Nº: 3915**  
**DATA: 03/03/2022**

**UG / UE:** FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546  
**Data Provável de Pagamento:** 03/03/2022 **Nº do Processo / Ano:** /  
**Fonte de recurso:** 5102 - Emendas Parlamentares Municipais - Saúde (Recursos Vinculados Constitucionalmente)

**Credor:** ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - **Código:** 45407  
**CNPJ/CPF:** 18.216.366/0001-68 **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:** 2 - RESTOS A PAGAR

Nº Empenho	Unidade Orçamentária	Data	C. Pat.	Valor
7285	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	04/11/2021		141.900,00

**Valor Bruto:** 141.900,00  
**Líquido a Pagar:** 141.900,00  
**Valor por Extenso:** CENTO E QUARENTA E UM MIL E NOVECENTOS REAIS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

**Justificativa:** PAGAMENTO DA FATURA 98 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	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
<p><i>Fabrcio Henrique de Santos Simões</i>                      Secretário Municipal de Saúde de Contagem                      Matrícula: 150333                      Secretário Mun. Saúde</p>	<p><i>Rafael de Souza</i>                      Rafael de Souza                      Matrícula: 130456-1                      Fundo Municipal de Saúde</p>	

**USO DA TESOOURARIA**  
**Forma de Pagamento:**  Cheque  Relação Bancária Nº  
**Banco / Agência / Conta Corrente:**

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: SERGIO LUIZ ROCHA

**RECEBÍ(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 EXCEPCION**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 141.900,00**Data de débito:** 16/03/2022**Data/hora da operação:** 16/03/2022 15:59:44**Código da operação:** 161559**Chave de segurança:** CZCYHX1NCK4J2HHF**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

Alô CAIXA: 0800 104 0104