

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 11785
DATA: 01/07/2019

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 05/07/2019 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 2149 - MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Transferência SUS)


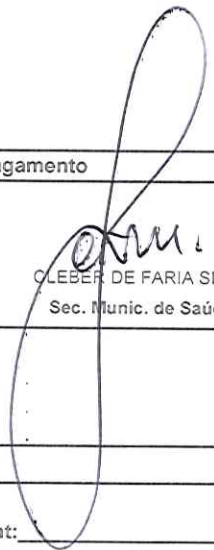
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
3869	1401	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030100402192335039002149 00	16/05/2019		315.000,00
5068	1401	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030100402192335039002149 00	01/07/2019		30.000,00

Valor Bruto: 345.000,00
 Líquido a Pagar: 345.000,00 ✓
 Valor por Extenso: TREZENTOS E QUARENTA E CINCO MIL REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 002/2019 (JUNHO/2019), REFERENTE A 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 - RECURSO MAC - EMISSÃO DA FATURA 07/08/2019 - RECEBIDA EM:11/06/2019 - OBS.: OS RECURSOS FINANCEIROS DE MAIO E JUNHO/2019 FORAM DEPOSITADOS EM MAIO/2019.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 Regiane de Almeida Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde Contagem / MG	 CLEBER DE FARIA SILVA Sec. Munic. de Saúde

USO DA TESOUREARIA

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: _____

DATA: 01/07/2019		NOTA DE EMPENHO		Nº 5068
Unidade Orçamentária:	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	Código:	1131	
UG / UE:	FUNDO MUNICIPAL SAUDE	Código:	1546	
Tipo de Crédito:	Orçamentário e Suplementar	Nº do Processo / Ano:	1410 / 2018	
Modalidade do Empenho:	Estimativo	Nº do Contrato / Ano:	002 / 2018	
Nº Manual do Processo Licitatório:		Nº Manual do Processo:	1410	
Modalidade de Licitação:	NÃO APLICÁVEL			
Nº protocolo:	Ano do protocolo:	Nº do processo (protocolo):		
Classificação Resumida:	1401	Prog. de Trabalho:	1030100402192 Reestruturação da Atenção Especializada	
Natureza da Despesa:	335039 00	Outros Serviços de Terceira - Pessoa Jurídica		Dirf: Incide
Lançamento:	IC: 19510 2.6.12	A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS		A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES ROTEIRO:
Fonte de Recurso:	2149	MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Transferência SUS)		
Credor:	ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - APAE BH			Código: 45407
CNPJ/CPF:	18.216.366 / 0001 - 68	Insc. Estadual:	Insc. Municipal:	
Endereço:	R CRISTAL, 78			
CEP:	31010110	Telefone:	3134972575	FAX:
Bairro:	SANTA TEREZA	Cidade:	BELO HORIZONTE	UF: MG
Especificação				
REALIZAR 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. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96 VR.MENSAL = R\$ 345.000,00; VALOR TOTAL PARA /2019 (MAIO A DEZEMBRO) R\$2.760.000,00.				
Saldo Anterior:	2.070.000,00	Saldo Atual:	0,00	Total: 2.070.000,00
Valor por Extenso:	DOIS MILHOES E SETENTA MIL REAIS			
Justificativa				
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. PEDIDO DE EMPENHO MEMO 044/2019 CONVÊNIO, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018, VIGORANDO DE 07/03/2016 A 07/03/28. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR .				
Emitido por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER / Gravado por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER				
		<i>Nilde</i>		<i>EFM</i>
		Nilde da Conceição Xavier Assistente Administrativo Matrícula: 1002205		CLEBER DE FARIA SILVA Sec. Munic. de Saúde
Pça Pres.Tancredo Neves Nº200 - Camilo Alves - CEP 32017-900-Contagem- MG CNPJ 18.715.508/0001-31				

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 006 / 00624087-4
Conta destino:	0086 / 003 / 00003858-3

Nome destinatário:	ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIO
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 345.000,00

Data de débito:	05/07/2019
Data/hora da operação:	05/07/2019 13:39:16

Código da operação:	349047
Chave de segurança:	ZS7LKGRRQX4XCJVS

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