

# NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 12409

DATA: 09/07/2019

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 12/07/2019

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		10.000,00
5068	1401	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030100402192335039002149 00	01/07/2019		335.000,00

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 003/2019 ( JULHO/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 10/07/2019 - RECEBIDA EM:09/07/2019 .

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

*Rogério de Almeida Souza*  
Regiane de Almeida Souza  
Matricula: 199456-1  
Fundo Municipal de Saúde  
Contagem / MG

*Cleber de Faria Silva*  
CLEBER DE FARIA SILVA  
Sec. Munic. de Saúde

### USO DA TESOURARIA

Forma de Pagamento: ( ) Cheque (x) Relação Bancária Nº 3180

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  
 UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE  
 Tipo de Crédito: Orçamentário e Suplementar  
 Modalidade do Empenho: Estimativo  
 Nº Manual do Processo Licitatório:  
 Modalidade de Licitação: NÃO APLICÁVEL  
 Nº protocolo:  
 Classificação Resumida: 1401 Prog. de Trabalho: 1030100402192  
 Natureza da Despesa: 335039 00 Outros Serviços de Terceira - Pessoa Jurídica  
 Lançamento: IC: 19510 A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES  
 Fonte de Recurso: 2149 MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Transferência SUS)

Código: 1131  
 Código: 1546  
 Nº do Processo / Ano: 1410 / 2018  
 Nº do Contrato / Ano: 002 / 2018  
 Nº Manual do Processo: 1410

Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - APAE BH  
 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 11.378.510,95  
 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 Extensão: 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 07/08/2018 A 07/08/28, 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR .

Emitido por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER / Gravado por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER

*Nilde da Conceição Xavier*  
 Nilde da Conceição Xavier  
 Assistente Administrativo  
 Matrícula: 1062203

*Cleber de Faria Silva*  
 CLEBER DE FARIA SILVA  
 Sec. Munic. de Saúde

**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:** 12/07/2019**Data/hora da operação:** 12/07/2019 13:34:16**Código da operação:** 121225**Chave de segurança:** TNTC4YV21VPXT7H8**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