

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 17317
DATA: 10/09/2019

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 13/09/2019 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
5068	1401	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030100402192335039002149 00	01/07/2019		345.000,00

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 005/2019 (SETEMBRO/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 06/09/2019 - RECEBIDA EM:10/09/2019 .

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

Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 4459
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBÍ(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 Dírit: Incide
 Lançamento: IC: 19510 A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES ROTEIRO:
 2.6.12
 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: 3134972675 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 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: 100000000

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

20

**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:** 18/09/2019**Data/hora da operação:** 18/09/2019 16:36:52**Código da operação:** 000197**Chave de segurança:** 29FWCY51E68FES77**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