

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 25537
DATA: 09/12/2019

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 12/12/2019 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 008/2019 (DEZEMBRO/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 06/08/28. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR - RECURSO MAC - EMISSÃO DA FATURA 06/12/2019 - RECEBIDA EM:09/12/2019 .

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga Autorizo o Pagamento

Cleber de F. Silva
 CLEBER DE FARIAS SILVA
 Sec. Munic. de Saúde
 190861-3
 Conferido

Fernando Vieira J. de Moraes
 Assis. Administrativo

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 6334
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____
 Nome Legível: _____

16/12/2019

- BANCO DO BRASIL -

5:53:48

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: TED - OUTRA TITULARIDADE

CLIENTE: FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE CO

AGÊNCIA: 1633-0

CONTA: 00.000.062.917-0

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA:

11/12/2019

NÚMERO DO DOCUMENTO:

000000006334

VALOR TOTAL:

345.000,00

***** TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DO

BANCO : 104 - CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA : 008-6

CONTA : 00.000.003.858-3

=====

Nr. Autenticação: 1.9CD.E3F.0C4.270.974

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: Ano do 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

Nº do processo (protocolo): Reestruturação da Atenção Especializada

Dir: Incide ROTEIRO:

Nome: 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 11.378.510,96
 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: 199748-5

Cleber de Faria Silva
 Cleber de Faria Silva
 Sec. Municipal de Saúde