

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 17318

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: 0102 - Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde

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
6184	771	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412195335039000102 00	31/07/2019		131.000,00

Valor Bruto: 131.000,00
 Liquido a Pagar: 131.000,00
 Valor por Extenso: CENTO E TRINTA E UM MIL REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 09/2019 REFERENTE A 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. CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO: 002/2018 E DISPENSA Nº. 012/2018. VIGÊNCIA: 07/08/2018 A 07/08/2028 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: TESOIRO. EMISSÃO DA FATURA EM: 06/09/2019 - RECEBIDO NO FMS: 10/098/2019 - PERÍODO: SETEMBRO/2019.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Roberta
 Roberta de Almeida Souza
 Matrícula: 31.456-1
 Fundo Municipal de Saúde

Autorização de Pagamento
Cleber de Faria Silva
 Secretário Municipal de Saúde
 Matrícula: 203600

CFM.
 CLEBER DE FÁRIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde

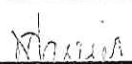

USO DA TESOURARIA

Forma de Pagamento: () Cheque (x) Relação Bancária Nº 4627
 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: 31/07/2019	NOTA DE EMPENHO	Nº 6184
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: 771	Prog. de Trabalho: 1030200412195	Ampliação e Qualificação do Acesso aos Serviços
Natureza da Despesa: 335039 00	Outros Serviços de Terceira - Pessoa Juridica	Dirf: Não Incide
Lançamento: IC: 19510 A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES ROTEIRO: 2.6.12		
Fonte de Recurso: 0102	Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde	
Nome: 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		
<p>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\$ 131.000,00; VALOR TOTAL PARA /2019 (MAIO A DEZEMBRO) R\$2.760.000,00.</p>		
Saldo Anterior: 800.000,99	Saldo Atual: 14.000,99	Total: 786.000,00
Valor por Extenso: SETECENTOS E OITENTA E SEIS MIL REAIS*****		
Justificativa		
<p>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 056/2019 CONVÊNIO. PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/2018 E DISPENSA Nº.012/2018. VIGORANDO DE 07/08/2018 A 06/08/2028. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR . RECURSO DO TESOUREO.</p>		
Emitido por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER / Gravado por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER		
 _____ Nilde da Conceição Xavier Assistente Administrativo Inscricão: 199748-5	 _____ Cleber de Faria Silva Secretário Municipal de Saúde Sec. Munic. de Saúde Inscricão: 199748-5	
Pça Pres.Tancredo Neves Nº200 - Camilo Alves - CEP 32017-900-Contagem- MG CNPJ 18.715.508/0001-31		

22

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem:	0893 / 006 / 00000104-5
Conta destino:	0086 / 003 / 00003858-3

Nome destinatário:	ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIO
Quantidade de vezes:	
Valor:	R\$ 131.000,00

Data de débito:	02/10/2019
Data/hora da operação:	02/10/2019 07:36:36

Código da operação:	000916
Chave de segurança:	RJ8P2LNKQU14YKQ8

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