

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 10723
DATA: 21/05/2020

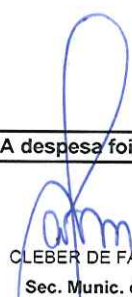
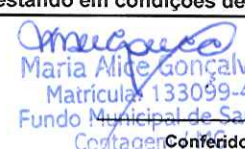
UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 22/05/2020 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde
 Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 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 |
|---------|------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------|---------|------------|
| 3862 | 778 | FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 1131 1030200402192335039002159 00 | 19/05/2020 ✓ | | 340.000,00 |
| 538 | 778 | FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 1131 1030200402192335039002159 00 | 02/01/2020 ✓ | | 5.000,00 |

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

Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 012/120 (ABRIL 2020) REFERENTE 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. ✓ 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 ✓ EMISSÃO DA FATURA 20/04/2020, ✓ RECEBIDA EM: 14/05/2020, ✓

| | |
|--|---|
| A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga | Autorizo o Pagamento |
|  CLEBER DE FARIA SILVA Sec. Munic. de Saúde |  Maria Alice Gonçalves Matrícula: 133099-4 Fundo Municipal de Saúde Contagem Conferido |

USO DA TESOURARIA
 Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº
 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: 19/05/2020

NOTA DE EMPENHO

Nº 3862

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: 778 Prog. de Trabalho: 1030200402192 Reestruturação da Atenção Especializada
 Natureza da Despesa: 335039 00 Outros Serviços de Terceira - Pessoa Jurídica Dirf: Não Incide
 Lançamento: IC: 19510 A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES ROTEIRO: 2.6.12
 Fonte de Recurso: 2159 Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

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, 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 001/2020 CONVÊNIOS. 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 .

Saldo Anterior: 1.509.800,44 Saldo Atual: 503.891,44 Total: 1.005.909,00

Valor por Extenso: HUM MILHAO E CINCO MIL E NOVECENTOS E NOVE REAIS*****

Justificativa

EMPENHO COMPLEMENTAR AO 538/2020 PARA 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;

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
 Sec. Munic. de Saúde

DATA: 02/01/2020

NOTA DE EMPENHO

Nº 538

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: 778 Prog. de Trabalho: 1030200402192 Reestruturação da Atenção Especializada
 Natureza da Despesa: 335039 00 Outros Serviços de Terceira - Pessoa Jurídica Dirf: Não Incide
 Lançamento: IC: 19510 A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES ROTEIRO:
 2.6.12
 Fonte de Recurso: 2159 Bloco Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde

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, 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 001/2020 CONVÊNIO. PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018. VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/26. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR.

Saldo Anterior: 1.065.090,64 Saldo Atual: 1.000,00 Total: 1.064.090,64

Valor por Extenso: HUM MILHAO E SESSENTA E QUATRO MIL E NOVENTA REAIS E SESSENTA E QUATRO CENTAVOS

Justificativa

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;

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: Adriana Soares Leao

Adriana Soares Leao
 Assisente Administrativo
 Matrícula - 203144

Cleber de Faria Silva
 Secretário Municipal de Saúde
 CLEBER DE FARIAS SILVA
 Matrícula: 205500
 Sec. Munic. de Saúde

29/05/2020

- BANCO DO BRASIL -

7:30:21

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:

22/05/2020

NÚMERO DO DOCUMENTO:

000000002837

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: 3.8E7.E71.16B.045.2CB