

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 1808

DATA: 29/01/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Data Provável de Pagamento: 31/01/2020

Código: 1546

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 |
|---------|------|--------------------------------|-----------------------------------|------------|---------|------------|
| 360 | 776 | FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE | 11311030200402192335039000102 00 | 02/01/2020 | | 131.000,00 |

Valor Bruto: 131.000,00

Líquido a Pagar: 131.000,00

Valor por Extenso: CENTO E TRINTA E UM MIL REAIS*****

104-5

Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 01/2020 (JANEIRO/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: 08/01/2020 - RCEIDFA EM: 14/01/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

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

Rafaela de Almeida So
 Registre nº: 19456-1
 Matrícula: 19456-1
 Conferido
 Fundo Municipal de Saúde

Contagem / **USO DA TESOUREARIA**

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: 02/01/2020

NOTA DE EMPENHO

Nº 360

Unidade Orçamentária: FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE
 Tipo de Crédito: Orçamentário e Suplementar
 Modalidade do Empenho: Estimativo
 N° Manual do Processo Licitatório:
 Modalidade de Licitação: NÃO APLICÁVEL
 N° protocolo: Ano do protocolo:
 Classificação Resumida: 776 Prog. de Trabalho: 1030200402192 Reestruturação da Atenção Especializada
 Natureza da Despesa: 335039 00 Outros Serviços de Terceira - Pessoa Jurídica
 Lançamento: IC: 19510 A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES ROTEIRO:
 Fonte de Recurso: 0102 Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde

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):

Dirf: Não Incide

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 ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA - CER IV E OFICINA ORTOPÉDICA. UNIDADE: SERVIÇO

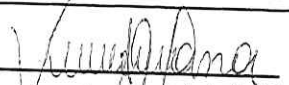
Saldo Anterior: 1.048.000,00 Saldo Atual: 655.000,00 Total: 393.000,00


Valor por Extenso: TREZENTOS E NOVENTA E TRES 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 001/2020 CONVÊNIO: PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018. VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/28. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR.

Emitido por: VIVIANE ALESSANDRA SANTANA AMBROSIO DE ALMEIDA / Gravado por: Adriana Soares Leao


 Viviane Alessandra S. A. de Almeida
 Assistente Administrativo


 CLEBER DE FARIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde

16

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00000104-5**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 131.000,00**Data de débito:** 20/02/2020**Data/hora da operação:** 20/02/2020 08:57:14**Código da operação:** 007877**Chave de segurança:** E8PY8FMZNGH63K28**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