

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 3404

DATA: 18/02/2020

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 02/03/2020 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*****

1045

Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 02/2020 (FEVEREIRO/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: 07/02/2020 - RECEBIDA EM: 18/02/2020.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 CLEBER DE FÁRIA SILVA Sec. Munic. de Saúde	 Regina Helena Souza Matrícula: 349156-1 Fundo Municipal de Saúde

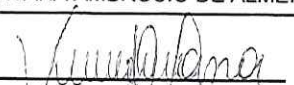
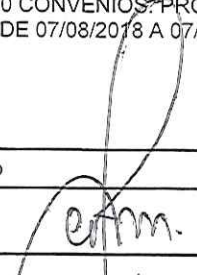
USO DA TESOURARIA

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: 02/01/2020		NOTA DE EMPENHO		Nº 360
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:	776	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:	0102	Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde		
Credor:	ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - APAE BH			Código: 45407
NPJ/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		
Pça Pres.Tancredo Neves Nº200 - Camilo Alves - CEP 32017-900-Contagem- MG CNPJ 18.715.508/0001-31				

**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:** 11/03/2020**Data/hora da operação:** 11/03/2020 08:47:10**Código da operação:** 002009**Chave de segurança:** PW19G9MM4MU68L01

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