

RELAÇÃO BANCÁRIA

Nº: 2705

DATA: _/ _/ _

Página 1 de 1

BANCO : 104	AGÊNCIA : 0893	CONTA CORRENTE : 624087-4	
NOME DO FAVORECIDO	CPF / CNPJ	Nº NAP	VALOR
ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO	18216366/0001-68	10346	345.000,00
Banco : 104	Agência : 0086	C.C. : 3858-3	
TOTAL:			345.000,00
VALOR EXTENSO: TREZENTOS E QUARENTA E CINCO MIL REAIS			

Fica esse banco autorizado a creditar as importâncias mencionadas ao(s) favorecido(s) a debito de nossa conta.

Emitido por: ALINE DE SOUZA MAGALHÃES

Leonardo Apolinário do Carmo
 Diretor Financeiro e Contábil
 Contagem-MG

etm.
 Cleber de Faria Silva
 Secretário Municipal de Saúde
 Matrícula: 203600

BAIXADO

24/06/19

[Handwritten signature]

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 10346

DATA: 11/06/2019

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE		Código: 1546
Data Provável de Pagamento: 12/06/2019	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, 73	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
3869	1401	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030100402192335039002149 00	16/05/2019		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 001/2019 (MAIO/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 07/08/23. 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR - RECURSO MAC - EMISSÃO DA FATURA 07/06/2019 - RECEBIDA EM: 11/06/2019.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 Regiane de Almeida Souza Matrícula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde Contagem / MG	 CLEBER DE FARIA SILVA Sec. Munic. de Saúde

USO DA TESOUREARIA

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

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: MARIA ALICE GONÇALVES

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

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

DATA: 16/05/2019

NOTA DE EMPENHO

Nº 3869

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: 1401 Prog. de Trabalho: 1030100402192 Reestruturação da Atenção Especializada
 Natureza da Despesa: 335039 00 Outros Serviços de Terceira - Pessoa Jurídica Dirf: Incide
 Lançamento: IC: 19510 A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES ROTEIRO:
 2.6.12
 Fonte de Recurso: 2149 MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Transferência SUS)

Crédor: 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.
 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: 670.000,00 Saldo Atual: 0,00 Total: 670.000,00

Valor por Extenso: SEISCENTOS 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.

Cleber de Faria S.
 Secretário Municipal de Sa.
 Matrícula: 203000

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 S.
 CLEBER DE FARIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde

09

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00624087-4**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIONA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 345.000,00**Data de débito:** 14/06/2019**Data/hora da operação:** 14/06/2019 15:56:51**Código da operação:** 215441**Chave de segurança:** PJ196MQEJ3U3A62P**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