

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 4254
DATA: 26/03/2019

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAÚDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 27/03/2019 Nº do Processo / Anc: /
 Fonte de recurso: 0102 - Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde
 Credor: ASSOCIACAO DE FAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-63 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010-110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Nat. reza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
713	771	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412155355089000102 00	22/01/2019		131.000,00

Valor Bruto: 131.000,00
 Líquido a Pagar: 131.000,00 /
 Valor por Extensão: CENTO E TRINTA E UM MIL REAIS*

Justificativa: PAGAMENTO DO RECIBO FIN 03/2019 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 1ª TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,95. RECURSO: TESOUREIRO, EM SSÃO DO RECIBO EM: 12/03/2019. RECEBIDO NO FMS: 26/03/2019. PERÍODO: MARÇO/2019.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 Maria Alize Gonçalves Matrícula: 133099-4 Fundo Municipal de Saúde Contagem / MG	 CLEBER DE FÁRIA SILVA Sec. Munic. de Saúde

USO DA TESOUREARIA
 Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 1401
 Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: SERGIO LUIZ ROCHA

RECEBI(EIMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA
 Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____



DATA: 02/01/2019

NOTA DE EMPENHO

Nº 713

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 Jurídica	Dirf: Incide
Lançamento:	IC: 23249 2.6.12 A DÉBITO: 353110300000000 - SUBVENÇÕES SOCIAIS	A CRÉDITO: 218919900000099 - OUTRAS OBRIGAÇÕES	ROTEIRO:
Fonte de Recurso:	0102	Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde	

Redor:	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
 VR. TOTAL: 6.360.000,00

Saldo Anterior:	1.063.128,15	Saldo Atual:	670.128,15	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 ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTONIO DE OLIVEIRA - CER IV E OFICINA ORTOPÉDICA.
 CONFORME PEDIDO DE EMPENHO: MEMO 001/2019-CONVÊNIOS
 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

Cleber de Faria Silva
 Secretário Municipal de Saúde

Emitido por: VIVIANE ALESSANDRA SANTANA AMBROSIO DE ALMEIDA / Gravado por: VIVIANE ALESSANDRA SANTANA AMBROSIO

Viviane de Almeida
 VIVIANE ALESSANDRA SANTANA AMBROSIO DE ALMEIDA
 Secretária Municipal de Saúde
 203144

[Assinatura]
 CLEBER DE FARIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00000104-5**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIONA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 131.000,00**Data de débito:** 09/04/2019**Data/hora da operação:** 09/04/2019 14:36:13**Código da operação:** 121835**Chave de segurança:** P43WSM2X87ZYPJJ2

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