

RELAÇÃO BANCÁRIA

Nº: 2221

DATA: \_/ \_/ \_

Página 1 de 1

BANCO : 104	AGÊNCIA : 0893	CONTA CORRENTE : 0104-5		
NOME DO FAVORECIDO		CPF / CNPJ	Nº NAP	VALOR
ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO		18216366/0001-68	8518	131.000,00
Banco : 104	Agência : 0086	C.C. : 3858-3		
<b>TOTAL:</b>				<b>131.000,00</b>

VALOR EXTENSO: CENTO E TRINTA E UM 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

Cleber de Faria Silva  
Secretário Municipal de Saúde  
Matrícula: 203600

Demétrio...  
Diretor Financeiro Contábil  
Contagem-MG

BAIXADO

30 / 05 / 19

# NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 8518

DATA: 20/05/2019

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Data Provável de Pagamento: 20/05/2019

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
3080	771	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412195335039000102 00	10/04/2019		131.000,00

Valor Bruto: 131.000,00

Líquido a Pagar: 131.000,00

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

Justificativa: PAGAMENTO DO RECIBO FIN 05/2019 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 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: TESOUREIRO. EMISSÃO DO RECIBO EM: 15/05/2019 - RECEBIDO NO FMS: 20/05/2019. PERÍODO: MAIO/2019.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

*Recebo*  
Regiane de Almeida Souza  
Matricula: 188456-1  
Fund. Municipal de Saúde  
Contagem

*emm*  
Cleber de Faria Silva  
Secretário Municipal de Saúde  
Matricula: 203600

CLEBER DE FARIA SILVA  
Sec. Munic. de Saúde

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: 10/04/2019

# NOTA DE EMPENHO

Nº 3080

Unidade Orçamentária: FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
 UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE  
 Tipo de Crédito: Orçamentário e Suplementar  
 Modalidade do Empenho: Estimativo  
 Nº Manual do Processo Licitatório:  
 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: 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  
 VR. TOTAL: 6.360.000,00

Saldo Anterior: 4.847.868,70 Saldo Atual: 4.454.868,70 Total: 393.000,00

Valor por Extenso: TREZENTOS E NOVENTA E TRES MIL REAIS\*\*\*\*\*  
 \*\*\*\*\*

### Justificativa

REFORÇO AO EMPENHO 713 DE 02/01/2018 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, CONFORME PEDIDO DE EMPENHO DE EMPENHO MEMO 001/2019-CONVÊNIO. 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

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*  
 Cleber de Faria Silva  
 Secretário Municipal de Saúde  
 Sec. Munic. de Saúde



**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Conta origem:</b>	0893 / 006 / 00000104-5
<b>Conta destino:</b>	0086 / 003 / 00003858-3
<b>Nome destinatário:</b>	ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIONA
<b>Quantidade de vezes:</b>	
<b>Valor:</b>	R\$ 131.000,00
<b>Data de débito:</b>	30/05/2019
<b>Data/hora da operação:</b>	30/05/2019 15:36:53
<b>Código da operação:</b>	144401
<b>Chave de segurança:</b>	XR0WQKUC4H2TUMTQ

**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