

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 17604
DATA: 12/09/2018

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 14/09/2018 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 0102 - Recurso Vinculado Constitucionalmente - Saúde

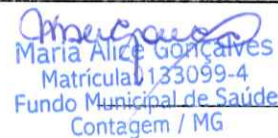
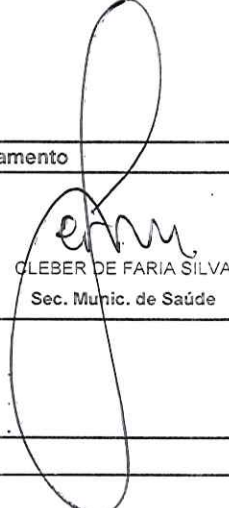
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

Natureza do Pagamento: 1 - DESPESA ORÇAMENTÁRIA DO EXERCÍCIO

Nº Emp.	C.R.	Unidade Orçamentária	Classificação Orçamentária / Item	Data	C. Pat.	Valor
7344	1000	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE	11311030200412195335039000102 00	27/08/2018		242.000,00

Valor Bruto: 242.000,00
 Líquido a Pagar: 242.000,00
 Valor por Extenso: DUZENTOS E QUARENTA E DOIS MIL REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DO RECIBO ADM / FIN 14/2018 COM O OBJETIVO DE 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 TERMO DE COLABORAÇÃO: 002/2018, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. 045/2018, E DISPENSA 012/2018, VIGÊNCIA: 07/08/2018 A 07/08/2028, RECURSO DO TESOURO, EMISSÃO DO RECIBO: 10/09/2018, RECEBIDO EM: 12/09/2018.

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

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

Nome Legível: _____

DATA: 27/08/2018 **NOTA DE EMPENHO** Nº 7344

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: DISPENSA
 Nº protocolo: Ano do protocolo: Nº do processo (protocolo):
 Classificação Resumida: 1000 Prog. de Trabalho: 1030200412195 Ampliação e Qualificação do Acesso aos Serviços
 Natureza da Despesa: 335039 00 Outros Serviços de Terceira - Pessoa Jurídica Dir: 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
 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

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
 VALOR TOTAL DO TERMO: 63.842.000,00

Saldo Anterior: 245.000,00 Saldo Atual: 3.000,00 Total: 242.000,00

Valor por Extenso: DUZENTOS E QUARENTA E DOIS 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 Nº 123/2018-CONVÉNIOS, TERMO DE COLABORAÇÃO: 002/2018, PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 045/2018 E DISPENSA 012/2018, VIGÊNCIA: 07/08/2018 A 07/08/2028. RECURSO DO TESOURO.

Emitido por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER / Gravado por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER

Nilde da Conceição Xavier
 Assistente Administrativo
 Matrícula: 19374315

Cleber de Faria Silva
 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\$ 242.000,00**Data de débito:** 26/09/2018**Data/hora da operação:** 26/09/2018 07:43:07**Código da operação:** 021340**Chave de segurança:** GN2YPQKZNWE7CNPG

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