

OK

03

RELAÇÃO BANCÁRIA

Nº: 6143

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	23561	131.000,00
Banco : 104	Agência : 0086	C.C. : 3858-3		
TOTAL:				131.000,00
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

Leonar
 Diretor Financeiro e Contábil
 Contagem, MG

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

BAIXADO

28/12/18

[Handwritten signature]

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 23561
DATA: 05/12/2018

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 05/12/2018 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
7833	1000	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412195335039000102 00	18/09/2018		131.000,00

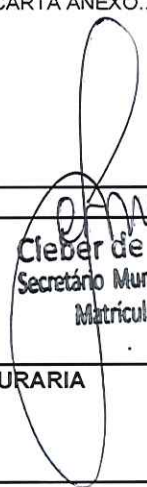
Valor Bruto: 131.000,00
 Líquido a Pagar: 131.000,00
 Valor por Extenso: CENTO E TRINTA E UM MIL REAIS*****


104-S

Justificativa: PAGAMENTO DO RECIBO 16/2018 REFERENTE 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 PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO: 002/2018 E DISPENSA Nº. 012/2018, VIGÊNCIA: 07/08/2018 A 07/08/2028 PERÍODO: NOVEMBRO/218, EMISSÃO DO RECIBO: 20/11/2018, RECEBIDO EM: 21/11/2018, OBS. O PERÍODO DA NAP 21250 DE 31/10/2018 REFERE-SE A OUTUBRO/2018, CONFORME CARTA ANEXO..

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento


Cleber de Faria Silva
 Secretário Municipal de Saúde
 Matrícula: 203600
 CLEBER DE FARIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde


 Maria Ailde Gonçalves
 Matrícula: 133099-4
 Fundo Municipal de Saúde
 Contagem / MG

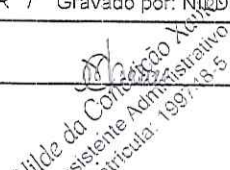
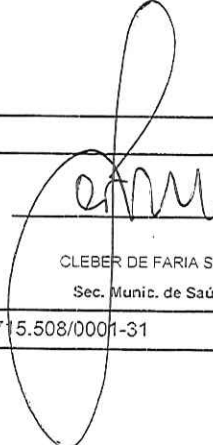
USO DA TESOOURARIA

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: 18/09/2018		NOTA DE EMPENHO		Nº 7833	
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:	/		
Modalidade do Empenho:	Estimativo	Nº do Contrato / Ano:	002 / 2018		
Nº Manual do Processo Licitatório:		Nº Manual do Processo:			
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		Dirf: Incide	
Lançamento:	IC: 13510 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:	524.000,00	Saldo Atual:	0,00	Total:	524.000,00
Valor por Extensão:	QUINHENTOS E VINTE E QUATRO MIL REAIS*****				
Justificativa					
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 ATRAVÉS DO MEMO Nº 123/2018 CONVÊNIO. PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO: 002/2018 E DISPENSA Nº. 012/2018. VIGÊNCIA: 07/03/2018 A 07/08/2023.					
Emitido por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER / Gravado por: NILDE DA CONCEIÇÃO XAVIER					
 Nilde da Conceição Xavier Presidente Administrativo Matrícula: 1997/13-5			 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 EXEPCIONA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 131.000,00**Data de débito:** 28/12/2018**Data/hora da operação:** 28/12/2018 14:42:31**Código da operação:** 190803**Chave de segurança:** 6GWFSCZNTE0KJ3PE

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