

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTONº: 10065
DATA: 07/06/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE		Código: 1546	
Data Provável de Pagamento: 08/06/2021		Nº do Processo / Ano: /	
Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos 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, 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
955	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	04/01/2021		8.050,00

Valor Bruto: 8.050,00
Líquido a Pagar: 8.050,00
Valor por Extenso: OITO MIL E CINQUENTA REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 08 REFERENTE 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. CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018, VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/2028.1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC. (OPM FISICO) , AF 008/2021

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
<p>Fabricao Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde</p>	<p>Regiane de Almeida Souza Matricula: 199456-1 Fundo Municipal de Saúde</p>	

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA / Gravado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTONº: 10069
DATA: 07/06/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 08/06/2021

Nº do Processo / Ano: /

Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos 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, 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
955	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	04/01/2021		9.910,80

Valor Bruto: 9.910,80

Líquido a Pagar: 9.910,80

Valor por Extenso: NOVE MIL E NOVECENTOS E DEZ REAIS E OITENTA CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DAS FATURAS 004 - 005 - 006/2021 REFERENTE EM 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. CONFORME PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO 002/18 E DISPENSA Nº.012/2018, VIGORANDO DE 07/08/2018 A 07/08/2028, 1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC. (OP. M FÍSICO) AF'S; 004, 005 E 006/2021

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento

Inspeção Financeira / Documentação Conferida

Pagamento conforme disponibilidade financeira

Fabício Henrique dos Santos Simões
Secretário Municipal de Saúde de Contagem
Fabício Henrique dos Santos Simões
Matrícula: 1542901
Sec. Munic. de Saúde

Rogisne de Almeida Souza
Matric. Conferido 56-1
Fund. Municipal de Saúde
Contagem - MG

USO DA TESOURARIAForma de Pagamento: Cheque Relação Bancária Nº

Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA / Gravado por: ALEXANDRE DE OLIVEIRA ROCHA

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____

Nome Legível: _____



TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00624089-0

Conta destino: 0086 / 003 / 00003858-3

Nome destinatário: ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXCEPCI

Quantidade de vezes:

Valor: R\$ 17.960,80

Data de débito: 11/06/2021

Data/hora da operação: 11/06/2021 08:55:20

Código da operação: 029557126

Chave de segurança: X321ELGV9G28VF34

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