

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 10064

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		106.850,00

Valor Bruto: 106.850,00
 Líquido a Pagar: 106.850,00
 Valor por Extenso: CENTO E SEIS MIL E OITOCENTOS E CINQUENTA REAIS*****

sh
 Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 07 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 007/2021

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

USO DA TESOURARIA
 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 PAGAMENTO

Nº: 10302
DATA: 09/06/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 10/06/2021 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

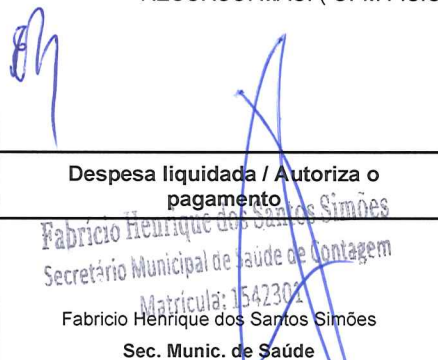
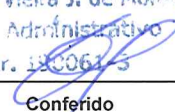
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

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		87.725,00

Valor Bruto: 87.725,00
 Líquido a Pagar: 87.725,00
 Valor por Extenso: OITENTA E SETE MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 09 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)

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Matrícula: 1542304 Fabricio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	 Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 1800613 Conferido	

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque () Relação Bancária Nº
 Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: FERNANDO VIEIRA JARDIM DE MORAIS / Gravado por: FERNANDO VIEIRA JARDIM DE MORAIS

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

Data: ___/___/___ Assinatura: _____ Ident: _____
 Nome Legível: _____

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 10303
DATA: 09/06/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE **Código:** 1546
Data Provável de Pagamento: 10/06/2021 **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
1458	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	23/02/2021		78.700,00

Valor Bruto: 78.700,00 ✓
Líquido a Pagar: 78.700,00
Valor por Extenso: SETENTA E OITO MIL E SETECENTOS REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 10 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.

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
 Fabricio Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Sec. Munic. de Saúde	 Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Mat. 152061-3 Conferido	

USO DA TESOUREARIA

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: _____

**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\$ 273.275,00**Data de débito:** 12/07/2021**Data/hora da operação:** 12/07/2021 08:56:55**Código da operação:** 000834**Chave de segurança:** 59UUMNRL7GNNFVLC**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