

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 12830
DATA: 13/07/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 13/07/2021 Nº do Processo / Ano: /
 Fonte de recurso: 2159 - Bloco de Manutenção das Ações e Serviços Públicos - Recursos SUS

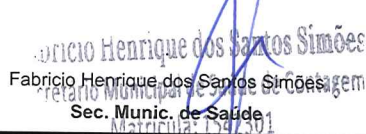
Credor: ASSOCIACAO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE BELO HORIZONTE - Código: 45407
 CNPJ/CPF: 18216366/0001-68 Inscrição Estadual: Inscrição Municipal:
 Endereço: R CRISTAL, 78 Bairro: SANTA TEREZA
 Cidade: BELO HORIZONTE CEP: 31010110 UF: MG
 Banco: Agência: Conta Corrente: Telefone: 3134972575

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		16.753,70

Valor Bruto: 16.753,70
 Líquido a Pagar: 16.753,70
 Valor por Extenso: DEZESSEIS MIL E SETECENTOS E CINQUENTA E TRES REAIS E SETENTA CENTAVOS*****

Handwritten initials
Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 019/2021 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
	<p>Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 190061-3 Conferido</p>	

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: _____

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 13378
DATA: 20/07/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 15/08/2021 N° 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		64.500,00

Valor Bruto: 64.500,00

Líquido a Pagar: 64.500,00

Valor por Extenso: SESSENTA E QUATRO MIL E QUINHENTOS REAIS*****

m

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 020/2021 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
<p>Fabricao Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Fabricao Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde</p>	<p>Fernando Vieira J. de Morai Assist. Administrativo Matr. 190061-3 Conferido</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

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

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 12829
DATA: 13/07/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 13/07/2021

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		26.680,00

Valor Bruto: 26.680,00

Líquido a Pagar: 26.680,00

Valor por Extenso: VINTE E SEIS MIL E SEISCENTOS E OITENTA REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 018/2021 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 Fabricio Henrique dos Santos Simões Sec. Munic. de Saúde	Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 190061-3 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:** 0893 / 006 / 00000100-2**Nome destinatário:** PMC TESOIRO ARRECADAÇÃO**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 3.413,90**Data de débito:** 09/08/2021**Data/hora da operação:** 09/08/2021 08:56:43**Código da operação:** 029690138**Chave de segurança:** 7YAFMHJY8JCTTGEY**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

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 13442

DATA: 21/07/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 30/07/2021 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
3763	99	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039002159 00	21/06/2021		336.000,00
1655	799	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192335039002159 00	05/03/2021		9.000,00

Valor Bruto: 345.000,00
 Líquido a Pagar: 345.000,00
 Valor por Extenso: TREZENTOS E QUARENTA E CINCO MIL REAIS*****

sh
Justificativa: PAGAMENTO DA PARCELA 027/120 (JULHO/2021) PARA 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
Fabício Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Sec. Munic. de Saúde 1542301	Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 190061-3 Conferido	

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: _____

**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\$ 452.933,70**Data de débito:** 09/08/2021**Data/hora da operação:** 09/08/2021 08:56:42**Código da operação:** 029690136**Chave de segurança:** ZUJM4HQS1YG1J68Z**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

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 14740

DATA: 05/08/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE Código: 1546
 Data Provável de Pagamento: 05/08/2021 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		10.650,00

Valor Bruto: 10.650,00
 Líquido a Pagar: 10.650,00
 Valor por Extenso: DEZ MIL E SEISCENTOS E CINQUENTA REAIS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 24 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	Inspeção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
<p><i>Fabrizio Henrique dos Santos Simões</i> Secretário Municipal de Saúde de Contagem Matr. 1543201</p>	<p><i>Fernando Vieira J. de Moraes</i> Assist. Administrativo Matr. 19004-3 Conferido</p>	

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: _____

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 14741

DATA: 05/08/2021

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE
 Data Provável de Pagamento: 05/08/2021
 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
3765	801	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200402192339030002159 35	21/06/2021		5.681,15

Valor Bruto: 5.681,15
 Líquido a Pagar: 5.681,15
 Valor por Extenso: CINCO MIL E SEISCENTOS E OITENTA E UM REAIS E QUINZE CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 25 COM A FONALIDADE DE 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.012/2018.1º T.A DE ACRÉSCIMO DE VALOR DE VALOR 11.378.510,96. RECURSO: MAC.

Sh

Despesa liquidada / Autoriza o pagamento	Inspecção Financeira / Documentação Conferida	Pagamento conforme disponibilidade financeira
Fabrício Henrique dos Santos Simões Secretário Municipal de Saúde de Contagem Sec. Munic. de Saúde Matrícula: 1542301	Fernando Vieira J. de Moraes Assist. Administrativo Matr. 19005123 Conferido	

USO DA TESOURARIA

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\$ 16.331,15

Data de débito:	09/08/2021
Data/hora da operação:	09/08/2021 08:56:42

Código da operação:	029690135
Chave de segurança:	N2K6HHQ8XXZTCXFW

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