

226

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 6119
DATA: 11/04/2019



UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE	Código: 1546
Data Provável de Pagamento: 11/04/2019	Nº do Processo / Ano: /
Fonte de recurso: 2149 - MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Transferência 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
704	773	FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	11311030200412195339030002149 35	02/01/2019		2.065,98

Valor Bruto: 2.065,98 ✓
 Líquido a Pagar: 2.065,98
 Valor por Extenso: DOIS MIL E SESENTA E CINCO REAIS E NOVENTA E OITO CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA Nº 06 REFERENTE 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, 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96, 704.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 Maria Alice Gonçalves Matrícula: 33099-4 Fundo Municipal de Saúde Contagem / MG	 CLEBER DE FARIA SILVA Sec. Munic. de Saúde

USO DA TESOUREARIA

Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 1667
 Banco / Agência / Conta Corrente:

Emitido por: SERGIO LUIZ ROCHA / Gravado por: SERGIO LUIZ ROCHA

RECEBI(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

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



222

DATA: 02/01/2019

NOTA DE EMPENHO

Nº 704

Unidade Orçamentária: FMS - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
 UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE
 Tipo de Crédito: Orçamentário e Suplementar
 Modalidade do Empenho: Global
 N° Manual do Processo Licitatório:
 Modalidade de Licitação: NÃO APLICÁVEL
 N° protocolo:
 Classificação Resumida: 773
 Natureza da Despesa: 339030 35 Material Hospitalar
 Lançamento: IC: 20127 A DÉBITO: 331113600000000 - MATERIAL HOSPITALAR A CRÉDITO: 213110199000000 - DEMAIS FORNECEDORES A PAGAR
 Fonte de Recurso: 2149 MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Transferência SUS)

Código: 1131

Código: 1546

Nº do Processo / Ano: 1410 / 2018

Nº do Contrato / Ano: 002 / 2018

Nº Manual do Processo: 1410

Ano do protocolo:

Prog. de Trabalho: 1030200412195

Nº do processo (protocolo):

Ampliação e Qualificação do Acesso aos Serviços

Dirf: Não Incide

redor: 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

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Vr. Unitário	Vr. Total
1	OPM ORTOPÉDICAS, OPM AUDITIVAS, SUBSTITUIÇÃO/TROCA EM ÓRTESES E PROTESES, SADT E OPM AUXILIARES DA LOCOMOÇÃO	UN	555,0000	960,4063	533.025,51

Saldo Anterior: 3.487.816,16

Saldo Atual: 2.954.790,67

Total: 533.025,49

Valor por Extenso: QUINTENTOS E TRINTA E TRES MIL E VINTE E CINCO REAIS E QUARENTA E NOVE CENTAVOS

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 001/2019-CONVÊNIO PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.045/2018, TERMO DE COLABORAÇÃO: 002/2018 E DISPENSA Nº. 012/2018. VIGÊNCIA: 07/08/2018 A 07/08/2028.
 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96

Emitido por: VIVIANE ALESSANDRA SANTANA AMBROSIO DE ALMEIDA / Gravado por: VIVIANE ALESSANDRA SANTANA AMBROSIO

Cleber de Faria Silva
Secretário

CLEBER DE FARIA SILVA
Sec. Munic. de Saúde



222

TEV Enviada

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00624087-4**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIONA**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 2.065,98**Data de débito:** 22/04/2019**Data/hora da operação:** 22/04/2019 11:07:43**Código da operação:** 135667**Chave de segurança:** G7XGS54PC048NR77**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