

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 13300

DATA: 22/07/2019

UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE

Código: 1546

Data Provável de Pagamento: 26/07/2019

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		31.296,10

Valor Bruto: 31.296,10

Líquido a Pagar: 31.296,10 ✓

Valor por Extenso: TRINTA E UM MIL E DUZENTOS E NOVENTA E SEIS REAIS E DEZ CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA 015 REFERENTE 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: 7/08/2018 A 07/08/2028 - 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96 - EMISSÃO DA FATURA: 16/07/2019 - RECEBIDA EM: 22/07/2019.

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga

Autorizo o Pagamento

Regiane de Almeida Souza
Regiane de Almeida Souza
Matrícula: 198456-1
Fundo Munic. de Saúde

Cleber de Faria Silva
CLEBER DE FÁRIA SILVA
Sec. Munic. de Saúde

Forma de Pagamento: () Cheque (X) Relação Bancária Nº 3637

Banco / Agência / Conta Corrente:

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

RECEBÍ(EMOS) A IMPORTÂNCIA ACIMA

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

Nome Legível: _____



DATA: 02/01/2019

NOTA DE EMPENHO

Nº 704

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: 1410 / 2018
 Modalidade do Empenho: Global Nº do Contrato / Ano: 002 / 2018
 Nº Manual do Processo Licitatório: Nº Manual do Processo: 1410
 Modalidade de Licitação: NÃO APLICÁVEL
 Nº protocolo: Ano do protocolo: Nº do processo (protocolo):
 Classificação Resumida: 773 Prog. de Trabalho: 1030200412195 Ampliação e Qualificação do Acesso aos Serviços
 Natureza da Despesa: 339030 35 Material Hospitalar Dirf: Não Incide
 Lançamento: IC: 20127 A DÉBITO: 331113600000000 - MATERIAL HOSPITALAR A CRÉDITO: 213110199000000 - DEMAIS FORNECEDORES A PAGAR
 ROTEIRO: 2.6.16
 Fonte de Recurso: 2149 MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (Transferência SUS)

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: QUINHENTOS 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

Viviane Almeida
 VIVIANE ALESSANDRA SANTANA AMBROSIO DE ALMEIDA
 Secretária Administrativa
 Nº 203144

Cleber de Faria Silva
 CLEBER DE FARIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde

**TEV Enviada**

Via Internet Banking CAIXA

Conta origem: 0893 / 006 / 00624087-4**Conta destino:** 0086 / 003 / 00003858-3**Nome destinatário:** ASSOCIACAO PAIS AMIGOS EXEPCIO**Quantidade de vezes:****Valor:** R\$ 31.296,10**Data de débito:** 09/08/2019**Data/hora da operação:** 09/08/2019 11:25:14**Código da operação:** 014919**Chave de segurança:** U3MVZ6WFFFHGM AEX**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