

02

NOTA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº: 4376

DATA: 18/03/2019



UG / UE: FUNDO MUNICIPAL SAUDE		Código: 1546	
Data Provável de Pagamento: 18/03/2019		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:		Bairro: SANTA TEREZA	
Endereço: R CRISTAL, 78		CEP: 31010110	
Cidade: BELO HORIZONTE		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		4.311,21

Valor Bruto: 4.311,21 ✓
 Líquido a Pagar: 4.311,21 ✓
 Valor por Extenso: QUATRO MIL E TREZENTOS E ONZE REAIS E VINTE E UM CENTAVOS*****

Justificativa: PAGAMENTO DA FATURA Nº 04 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.É DISPENSA Nº. 012/2018, VIGÊNCIA: 07/08/2018 A 07/08/2028 - 1º TA DE ACRÉSCIMO DE VALOR 11.378.510,96 ✓

A despesa foi liquidada, estando em condições de ser paga	Autorizo o Pagamento
 Maria Akle Gonçalves Matrícula: 133099-4 Fundo Municipal de Saúde Contagem / MG	 CLEBER DE FARIA SILVA Sec. Munic. de Saúde

USO DA TESOOURARIA
 Forma de Pagamento: () Cheque Relação Bancária Nº 1229
 Banco / Agência / Conta Corrente:

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

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



08

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

(Handwritten signatures and stamps)
 CLEBER DE FARIA SILVA
 Sec. Munic. de Saúde

03

**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\$ 4.311,21
Data de débito:	21/03/2019
Data/hora da operação:	21/03/2019 11:36:54
Código da operação:	067161
Chave de segurança:	S587L34J0JKK4QMN

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