



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE**

**NOTA DE EMPENHO**

**NÚMERO**

**005132**

**DATA**

**13/04/2021**

**PROCESSO**

|                                                                   |                                                         |                                                      |                                                                                                                 |                                                                                     |                                              |                                  |                        |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| <b>CÓDIGO</b><br>2302                                             | <b>UNIDADE ORÇAMENTÁRIA</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE |                                                      | <b>CÓDIGO</b><br>3401                                                                                           | <b>UNIDADE ADMINISTRATIVA</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - UNIDADE CENTRAL         |                                              |                                  |                        |
| <b>CÓDIGO</b><br>2302                                             | <b>UNIDADE GESTORA</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE      |                                                      | <b>CÓDIGO</b><br>3401                                                                                           | <b>UNIDADE GESTORA ADMINISTRATIVA</b><br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - UNIDADE CENTRAL |                                              |                                  |                        |
| <b>FICHA</b><br>2354                                              | <b>TIPO DE CRÉDITO</b><br>ORCAMENTARIO                  | <b>PROGRAMA DE TRABALHO</b><br>10.302.203.2.894.0013 | <b>NATUREZA / ITEM DESPESA</b><br>339039 - 61                                                                   |                                                                                     | <b>FONTE RECURSO</b><br>0050                 | <b>FONTE ANALÍTICA</b><br>1 - 21 |                        |
| <b>CÓDIGO</b><br>2894                                             | <b>AÇÃO</b><br>REDE HOSPITALAR                          |                                                      | <b>CÓDIGO</b><br>13                                                                                             | <b>SUB-AÇÃO</b><br>AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO COVID-19                               |                                              |                                  |                        |
| <b>ESPÉCIE</b><br>ORDINARIO                                       |                                                         | <b>TIPO DE COTA</b><br>BASE                          | <b>TRIMESTRE DA COTA</b><br>SEGUNDO                                                                             |                                                                                     | <b>MODALIDADE LICITAÇÃO</b><br>NAO SE APLICA | <b>Nº/ANO LICITAÇÃO</b><br>CCG   |                        |
| <b>CREDOR</b><br>10020180354 - FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE |                                                         |                                                      | <b>ENDEREÇO</b><br>AVE. DR CRISTIANO RESENDE, 312 - - FAX:(031)333-2144 - BARREIRO DE CIMA<br>BELO HORIZONTE/MG |                                                                                     |                                              |                                  |                        |
| <b>CNPJ</b><br>19.843.929/0028-20                                 | <b>PROPÓSITO EMPENHO</b>                                |                                                      | <b>Nº CARTÃO</b>                                                                                                | <b>INSCR. MUNICIPAL</b><br>0.349.151.012-2                                          | <b>INSCR. ESTADUAL</b>                       | <b>TELEFONE</b><br>(31) 3837066  | <b>CEP</b><br>30620471 |
| <b>VÍNCULO DA DESPESA</b><br>CONGÊNERES SEM I.J.                  |                                                         | <b>Nº I.J.</b>                                       | <b>Nº I.J. INGRESSO</b>                                                                                         | <b>DESPESA INDEN. OU NÃO ACOB. NO VALOR DO I.</b><br>NÃO                            |                                              |                                  |                        |
| <b>REQUISIÇÃO / PEDIDO</b>                                        |                                                         |                                                      |                                                                                                                 |                                                                                     |                                              |                                  |                        |
| <b>ESPECIFICAÇÃO/JUSTIFICATIVA</b>                                |                                                         |                                                      |                                                                                                                 |                                                                                     |                                              |                                  |                        |

VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AO SUS.  
INCENTIVO DE CUSTEIO COVID-19  
PORTARIA GM/MS Nº 431/2021

|                                                                                                                                                                                          |              |                                                                |            |                                                                        |              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>LOCAL DE ENTREGA:</b>                                                                                                                                                                 |              |                                                                |            |                                                                        |              |
| <b>SALDO ANTERIOR:</b>                                                                                                                                                                   | 1.632.000,00 | <b>SALDO ATUAL:</b>                                            | 240.000,00 | <b>VALOR TOTAL:</b>                                                    | 1.392.000,00 |
| <b>ESPECIFICAÇÃO (Uso SICOM)</b><br>COVID-19. VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AO SUS.<br>INCENTIVO DE CUSTEIO COVID-19<br>PORTARIA GM/MS Nº 431/2021 |              |                                                                |            |                                                                        |              |
| <b>OBSERVAÇÃO</b><br>COVID-19.                                                                                                                                                           |              |                                                                |            |                                                                        |              |
| <b>EMITIDO POR</b><br>PR088170 - NIKOLAS STEPHAN FARIA DOS SANTOS                                                                                                                        |              | <b>GERENTE</b><br>431196 - REINALDO ANTONIO DE CASTRO FERREIRA |            | <b>ORDENADOR DA DESPESA</b><br>937189 - FABIANO GERALDO PIMENTA JUNIOR |              |

Emitido em: 14/04/2021

001/00



Para validar acesse <https://sofweb.pbh.gov.br/sofweb/validacao> e informe: le6na389wmztloq. Conforme as disposições da Constituição Federal, Lei Federal de Arquivos 8.159/91, MP 2.002-2/2001 e Dec.Municipal 16.720/17, foi utilizada Assinatura Digital de FABIANO GERALDO PIMENTA JUNIOR:33951195649 - CPF 339.511.956-49 (por AC SOLUTI Multipla v5)

J

20

1

Para validar acesse <https://sofweb.pbh.gov.br/sofweb/validacao> e informe: le6na389wmztloq. Conforme as disposições da Constituição Federal, Lei Federal de Arquivos 8.159/91, MP 2.002-2/2001 e Dec.Municipal 16.720/17, foi utilizada Assinatura Digital de FABIANO GERALDO PIMENTA JUNIOR:33951195649 - CPF 339.511.956-49 (por AC SOLUTI Multipla v5)