



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE**

**NOTA DE EMPENHO**

**NÚMERO**

**010437**

**DATA**

**29/07/2020**

**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>2300                                                                                   | <b>UNIDADE GESTORA</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |                                                      | <b>CÓDIGO</b><br>1100                                                   | <b>UNIDADE GESTORA ADMINISTRATIVA</b><br>SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS |                                              |                                  |
| <b>FICHA</b><br>2450                                                                                    | <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>0350                 | <b>FONTE ANALÍTICA</b><br>1 - 54 |
| <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>TERCEIRO                                    |                                                                                 | <b>MODALIDADE LICITAÇÃO</b><br>NAO SE APLICA | <b>Nº/ANO LICITAÇÃO</b><br>      |
| <b>CREDOR</b><br>10021268645 - SERVICO SOCIAL AUTONOMO HOSPITAL METROPOLITANO<br>DOUTOR CELIO DE CASTRO |                                                         |                                                      | <b>ENDEREÇO</b><br>RUA DONA LUIZA, 311 - MILIONARIOS. BELO HORIZONTE/MG |                                                                                 |                                              |                                  |
| <b>CNPJ</b><br>22.012.907/0001-03                                                                       | <b>PROPÓSITO EMPENHO</b><br>                            |                                                      | <b>Nº CARTÃO</b><br>                                                    | <b>INSCR. MUNICIPAL</b><br>0.984.043.001-2                                      | <b>INSCR. ESTADUAL</b><br>                   | <b>TELEFONE</b><br>(31) 32893222 |
| <b>VÍNCULO DA DESPESA</b><br>CONGÊNERES SEM I.J.                                                        |                                                         | <b>Nº I.J.</b><br>                                   | <b>Nº I.J. INGRESSO</b><br>                                             | <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 APOIO A RETAGUARDA HOSPITALAR (PORTARIAS: MS 774/2020 E SMSA 0234/2020).

|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                |                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>LOCAL DE ENTREGA:</b>                                                                                                                                                                                           |                                                                |                                                                |
| <b>SALDO ANTERIOR:</b>                                                                                                                                                                                             | 34.077.857,82                                                  | <b>SALDO ATUAL:</b>                                            |
|                                                                                                                                                                                                                    | 34.061.789,84                                                  | <b>VALOR TOTAL:</b>                                            |
|                                                                                                                                                                                                                    |                                                                | 16.067,84                                                      |
| <b>ESPECIFICAÇÃO (Uso SICOM)</b><br>COVID-19. VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AO SUS.<br>INCENTIVO DE APOIO A RETAGUARDA HOSPITALAR (PORTARIAS: MS 774/2020 E SMSA 0234/2020). |                                                                |                                                                |
| <b>OBSERVAÇÃO</b><br>COVID-19.                                                                                                                                                                                     |                                                                |                                                                |
| <b>EMITIDO POR</b><br>PR109853 - LUISA FERNANDES<br>RESENDE SOUSA                                                                                                                                                  | <b>GERENTE</b><br>431196 - REINALDO ANTONIO DE CASTRO FERREIRA | <b>ORDENADOR DA DESPESA</b><br>1142214 - JACKSON MACHADO PINTO |

Emitido em: 29/07/2020

001/00

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

Autorizado Eletronicamente