



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE**

**NOTA DE EMPENHO**

**NÚMERO**

**012866**

**DATA**

**11/08/2020**

**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>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>2455                                                  | <b>TIPO DE CRÉDITO</b><br>ORÇAMENTARIO                  | <b>PROGRAMA DE TRABALHO</b><br>10.302.203.2.894.0013 |                                      | <b>NATUREZA / ITEM DESPESA</b><br>339139 - 01                         |                                                                                     | <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>      | <b>CCG</b>                       |
| <b>CREADOR</b><br>10020164931 - HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS |                                                         |                                                      |                                      | <b>ENDEREÇO</b><br>RUA FORMIGA, 50 - SAO CRISTOVAO. BELO HORIZONTE/MG |                                                                                     |                              |                                  |
| <b>CNPJ</b><br>16.692.121/0001-81                                     | <b>PROPÓSITO EMPENHO</b>                                |                                                      | <b>Nº CARTÃO</b>                     | <b>INSCR. MUNICIPAL</b><br>0.192.653.001-X                            | <b>INSCR. ESTADUAL</b>                                                              | <b>TELEFONE</b>              | <b>CEP</b><br>31110430           |
| <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.J.</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 À RETAGUARDA HOSPITALAR COVID-19 (PORTARIAS: MS 774/2020 E SMSA 0234/2020).

|                                                                                                                                                                                                                             |              |                                                                                              |              |                                                                |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|--------------|
| <b>LOCAL DE ENTREGA:</b>                                                                                                                                                                                                    |              |                                                                                              |              |                                                                |              |
| <b>SALDO ANTERIOR:</b>                                                                                                                                                                                                      | 6.360.950,00 | <b>SALDO ATUAL:</b>                                                                          | 5.000.000,00 | <b>VALOR TOTAL:</b>                                            | 1.360.950,00 |
| <b>ESPECIFICAÇÃO (Uso SICOM)</b><br>COVID-19. VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AO SUS.<br>INCENTIVO DE APOIO À RETAGUARDA HOSPITALAR COVID-19 (PORTARIAS: MS 774/2020 E SMSA 0234/2020). |              |                                                                                              |              |                                                                |              |
| <b>OBSERVAÇÃO</b><br>COVID-19.                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                              |              |                                                                |              |
| <b>EMITIDO POR</b><br>PR088170 - NIKOLAS STEPHAN FARIA DOS SANTOS                                                                                                                                                           |              | <b>GERENTE</b><br>Autorizado Eletronicamente<br>431196 - REINALDO ANTONIO DE CASTRO FERREIRA |              | <b>ORDENADOR DA DESPESA</b><br>1142214 - JACKSON MACHADO PINTO |              |

Emitido em: 11/08/2020

001/001



Para validar acesse <https://sofweb.pbh.gov.br/sofweb/validacao> e informe: b926mjsoo2vpco0. 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 JACKSON MACHADO PINTO:17549833672 - CPF 175.498.336-72 (por AC Prodengte RFB)