



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE**

**NOTA DE EMPENHO**

**NÚMERO**

**014499**

**DATA**

**17/09/2020**

**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 ANALÍTIC.</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>CCG    |
| <b>CREDOR</b><br>10020217471 - FHEMIG - HOSPITAL ALBERTO CAVALCANTI |                                                         |                                                      | <b>ENDEREÇO</b><br>RUA CAMILO DE BRITO, 636 - PADRE EUSTAQUIO. BELO HORIZONTE/MG |                                                                                 |                                              |                                   |
| <b>CNPJ</b><br>19.843.929/0027-40                                   | <b>PROPÓSITO EMPENHO</b>                                |                                                      | <b>Nº CARTÃO</b>                                                                 | <b>INSCR. MUNICIPAL</b><br>0.349.151.013-0                                      | <b>INSCR. ESTADUAL</b>                       | <b>TELEFONE</b><br>CEP<br>3073054 |
| <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 APOIO A RETAGUARDA COVID-19 (PORTARIAS: MS 774/2020 E SMSA 234/2020).

|                                                                                                                                                                                                                 |              |                                                                |              |                                                                |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>LOCAL DE ENTREGA:</b>                                                                                                                                                                                        |              |                                                                |              |                                                                |           |
| <b>SALDO ANTERIOR:</b>                                                                                                                                                                                          | 9.085.600,80 | <b>SALDO ATUAL:</b>                                            | 9.001.500,80 | <b>VALOR TOTAL:</b>                                            | 84.100,00 |
| <b>ESPECIFICAÇÃO (Uso SICOM)</b><br>COVID-19. VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AO SUS.<br>INCENTIVO DE APOIO A RETAGUARDA COVID-19 (PORTARIAS: MS 774/2020 E SMSA 234/2020). |              |                                                                |              |                                                                |           |
| <b>OBSERVAÇÃO</b><br>COVID-19.                                                                                                                                                                                  |              |                                                                |              |                                                                |           |
| <b>EMITIDO POR</b><br>PR109853 - LUISA FERNANDES RESENDE SOUSA                                                                                                                                                  |              | <b>GERENTE</b><br>431196 - REINALDO ANTONIO DE CASTRO FERREIRA |              | <b>ORDENADOR DA DESPESA</b><br>1142214 - JACKSON MACHADO PINTO |           |

Emitido em: 17/09/2020

001/00

J

20

1

Para validar acesse <https://sofweb.pbh.gov.br/sofweb/validacao> e informe: s0zqxdihf007x25. 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 Prodemege RFB)