



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE**

**NOTA DE EMPENHO**

**NÚMERO**

**017598**

**DATA**

**10/11/2020**

**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>2364                                          | <b>TIPO DE CRÉDITO</b><br>ORÇAMENTARIO                  | <b>PROGRAMA DE TRABALHO</b><br>10.301.157.2.690.0011 | <b>NATUREZA / ITEM DESPESA</b><br>339034 - 03                       |                                                                                     | <b>FONTE RECURSO</b><br>0150                 | <b>FONTE ANALÍTICA</b><br>1 - 21 |
| <b>CÓDIGO</b><br>2690                                         | <b>AÇÃO</b><br>SAÚDE DA FAMÍLIA                         |                                                      | <b>CÓDIGO</b><br>11                                                 | <b>SUB-AÇÃO</b><br>AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO COVID-19                               |                                              |                                  |
| <b>ESPÉCIE</b><br>ESTIMATIVO                                  |                                                         | <b>TIPO DE COTA</b><br>BASE                          | <b>TRIMESTRE DA COTA</b><br>QUARTO                                  |                                                                                     | <b>MODALIDADE LICITAÇÃO</b><br>NAO SE APLICA | <b>Nº/ANO LICITAÇÃO</b><br><br>  |
| <b>CCG</b><br><br>                                            |                                                         |                                                      | <b>ENDEREÇO</b><br>AVE AFONSO PENA, 342 - CENTRO. BELO HORIZONTE/MG |                                                                                     |                                              |                                  |
| <b>CREDOR</b><br>101331 - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL |                                                         |                                                      | <b>ENDEREÇO</b><br>AVE AFONSO PENA, 342 - CENTRO. BELO HORIZONTE/MG |                                                                                     |                                              |                                  |
| <b>CNPJ</b><br>29.979.036/0090-16                             | <b>PROPÓSITO EMPENHO</b>                                |                                                      | <b>Nº CARTÃO</b>                                                    | <b>INSCR. MUNICIPAL</b><br>0.188.280.001-7                                          | <b>INSCR. ESTADUAL</b>                       | <b>TELEFONE</b><br>2774817       |
| <b>CEP</b><br>30190000                                        |                                                         |                                                      |                                                                     |                                                                                     |                                              |                                  |
| <b>VÍNCULO DA DESPESA</b><br>PESSOAL                          |                                                         | <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 o contrato administrativo COVID-19. AT. PRIMÁRIA INSS - PORTARIA 2222

|                                                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <b>LOCAL DE ENTREGA:</b>                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                        |
| <b>SALDO ANTERIOR:</b>                                                                                                                             | 3.000.000,00                                                                                 | <b>SALDO ATUAL:</b>                                                    |
|                                                                                                                                                    | 1.500.000,00                                                                                 | <b>VALOR TOTAL:</b>                                                    |
|                                                                                                                                                    |                                                                                              | 1.500.000,00                                                           |
| <b>ESPECIFICAÇÃO (Uso SICOM)</b><br>COVID-19. VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM O CONTRATO ADMINISTRATIVO COVID-19. AT. PRIMÁRIA INSS - PORTARIA 2222 |                                                                                              |                                                                        |
| <b>OBSERVAÇÃO</b><br>COVID-19.                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                        |
| <b>EMITIDO POR</b><br>PR088098 - JULIANA ALVES GIORNI                                                                                              | <b>GERENTE</b><br>Autorizado Eletronicamente<br>431196 - REINALDO ANTONIO DE CASTRO FERREIRA | <b>ORDENADOR DA DESPESA</b><br>937189 - FABIANO GERALDO PIMENTA JUNIOR |

Emitido em: 10/11/2020

001/001



Para validar acesse <https://sofweb.pbh.gov.br/sofweb/validacao> e informe: e8dwdva9201tkh1. 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 Prodengte RFB)