



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE**

**NOTA DE EMPENHO**

**NÚMERO**  
020874

**DATA**  
30/12/2020

**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>2450                                       | <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>339039 - 61                           |                                                                                     | <b>FONTE RECURSO</b><br>0350                 | <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>QUARTO                                      |                                                                                     | <b>MODALIDADE LICITAÇÃO</b><br>NAO SE APLICA | <b>Nº/ANO LICITAÇÃO</b><br>CCG     |
| <b>CREDOR</b><br>10020215825 - FUNDACAO BENJAMIN GUIMARAES |                                                         |                                                      | <b>ENDEREÇO</b><br>RUA JURAMENTO, 1464 - JONAS VEIGA. BELO HORIZONTE/MG |                                                                                     |                                              |                                    |
| <b>CNPJ</b><br>17.200.429/0001-25                          | <b>PROPÓSITO EMPENHO</b>                                |                                                      | <b>Nº CARTÃO</b>                                                        | <b>INSCR. MUNICIPAL</b><br>0.301.945.001-4                                          | <b>INSCR. ESTADUAL</b>                       | <b>TELEFONE</b><br>CEP<br>30285001 |
| <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 (PRT SMSA: 234, 269, 305 e 322/2020)

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                |                                   |                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>LOCAL DE ENTREGA:</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                |                                   |                                                                |
| <b>SALDO ANTERIOR:</b>                                                                                                                                                                                     | 50.463.863,18                                                  | <b>SALDO ATUAL:</b> 49.787.563,18 | <b>VALOR TOTAL:</b> 676.300,00                                 |
| <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 (PRT SMSA: 234, 269, 305 E 322/2020) |                                                                |                                   |                                                                |
| <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>1142214 - JACKSON MACHADO PINTO |

Emitido em: 07/01/2021

001/00

0  
J.

00  
1

Autorizado Eletronicamente