



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

NOTA DE EMPENHO

NÚMERO

001944

DATA

01/03/2021

PROCESSO

|                                                             |                                                                                             |                                               |                                                                      |                                                                          |                                       |                             |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|
| CÓDIGO<br>2302                                              | UNIDADE ORÇAMENTÁRIA<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                            |                                               | CÓDIGO<br>3401                                                       | UNIDADE ADMINISTRATIVA<br>FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - UNIDADE CENTRAL     |                                       |                             |
| CÓDIGO<br>2300                                              | UNIDADE GESTORA<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE                                            |                                               | CÓDIGO<br>1100                                                       | UNIDADE GESTORA ADMINISTRATIVA<br>SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS E FINANCEIROS |                                       |                             |
| FICHA<br>2323                                               | TIPO DE CRÉDITO<br>ORÇAMENTARIO                                                             | PROGRAMA DE TRABALHO<br>10.302.114.2.892.0007 | NATUREZA / ITEM DESPESA<br>339092 - 02                               |                                                                          | FONTE RECURSO<br>0050                 | FONTE ANALÍTICA<br>2 - 54   |
| CÓDIGO<br>2892                                              | AÇÃO<br>REDE CONTRATADA DE CUIDADOS ESPECIALIZADOS<br>COMPLEMENTARES À SAÚDE - AMBULATORIAL |                                               | CÓDIGO<br>07                                                         | SUB-AÇÃO<br>AÇÕES DE ENFRENTAMENTO AO COVID-19                           |                                       |                             |
| ESPÉCIE<br>ORDINARIO                                        |                                                                                             | TIPO DE COTA<br>BASE                          | TRIMESTRE DA COTA<br>PRIMEIRO                                        |                                                                          | MODALIDADE LICITAÇÃO<br>NAO SE APLICA | Nº /ANO LICITAÇÃO<br>CCG    |
| CREDOR<br>10020215655 - ASSOCIACAO EVANG. BENEFICENTE DE MG |                                                                                             |                                               | ENDEREÇO<br>RUA DOUTOR ALIPIO GOULART, 25 - SERRA. BELO HORIZONTE/MG |                                                                          |                                       |                             |
| CNPJ<br>17.214.743/0001-67                                  | PROPÓSITO EMPENHO                                                                           |                                               | Nº CARTÃO                                                            | INSCR. MUNICIPAL<br>0.306.591.001-4                                      | INSCR. ESTADUAL                       | TELEFONE<br>CEP<br>30220330 |
| VÍNCULO DA DESPESA<br>CONGÊNERES SEM I.J.                   |                                                                                             | Nº I.J.                                       | Nº I.J. INGRESSO                                                     | DESPESA INDEN. OU NÃO ACOB. NO VALOR DO I.J.<br>NÃO                      |                                       |                             |
| REQUISIÇÃO / PEDIDO                                         |                                                                                             |                                               |                                                                      |                                                                          |                                       |                             |
| ESPECIFICAÇÃO/JUSTIFICATIVA                                 |                                                                                             |                                               |                                                                      |                                                                          |                                       |                             |

VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS AO SUS. COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR DE SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SUSPEIÇÃO OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19.

|                                                                                                                                                                                                                            |           |                                                                                       |           |                                                         |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------|-----------|
| LOCAL DE ENTREGA:                                                                                                                                                                                                          |           |                                                                                       |           |                                                         |           |
| SALDO ANTERIOR:                                                                                                                                                                                                            | 67.720,71 | SALDO ATUAL:                                                                          | 34.750,48 | VALOR TOTAL:                                            | 32.970,23 |
| ESPECIFICAÇÃO (Uso SICOM)<br>COVID-19. VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS AO SUS. COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR DE SESSÃO DE HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SUSPEIÇÃO OU CONFIRMAÇÃO DE COVID-19. |           |                                                                                       |           |                                                         |           |
| OBSERVAÇÃO<br>COVID-19.                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                                       |           |                                                         |           |
| EMITIDO POR<br>CS012268 - DIOGO HENRIQUE DIAS<br>MANOEL                                                                                                                                                                    |           | GERENTE<br>Autorizado Eletronicamente<br>431196 - REINALDO ANTONIO DE CASTRO FERREIRA |           | ORDENADOR DA DESPESA<br>1142214 - JACKSON MACHADO PINTO |           |

Emitido em: 01/03/2021

001/001



Para validar acesse <https://sofweb.pbh.gov.br/sofweb/validacao> e informe: d81s6vhfcbpaboo. 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 Prodengme RFB)