



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE**

**NOTA DE EMPENHO**

**NÚMERO**  
003673

**DATA**  
26/03/2021

**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>2354                                              | <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>0050                 | <b>FONTE ANALÍTICA</b><br>2 - 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>PRIMEIRO                                                                            |                                                                                     | <b>MODALIDADE LICITAÇÃO</b><br>NAO SE APLICA | <b>Nº/ANO LICITAÇÃO</b><br>      |
| <b>CCG</b><br>                                                    |                                                         |                                                      | <b>ENDEREÇO</b><br>AVE. DR CRISTIANO RESENDE, 312 - - FAX:(031)333-2144 - BARREIRO DE CIMA<br>BELO HORIZONTE/MG |                                                                                     |                                              |                                  |
| <b>CREDOR</b><br>10020180354 - FHEMIG - HOSPITAL JULIA KUBITSCHKE | <b>CNPJ</b><br>19.843.929/0028-20                       |                                                      | <b>PROPÓSITO EMPENHO</b><br>                                                                                    | <b>Nº CARTÃO</b><br>                                                                | <b>INSCR. MUNICIPAL</b><br>0.349.151.012-2   | <b>INSCR. ESTADUAL</b><br>       |
| <b>TELEFONE</b><br>(31) 3837066                                   |                                                         | <b>CEP</b><br>30620471                               |                                                                                                                 | <b>VÍNCULO DA DESPESA</b><br>CONGÊNERES SEM I.J.                                    |                                              |                                  |
| <b>Nº I.J.</b><br>                                                |                                                         | <b>Nº I.J. INGRESSO</b><br>                          |                                                                                                                 | <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 CUSTEIO COVID-19.

|                                                                                                                                                            |                                                                |                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>LOCAL DE ENTREGA:</b>                                                                                                                                   |                                                                |                                                                |
| <b>SALDO ANTERIOR:</b><br>2.691.730,00                                                                                                                     | <b>SALDO ATUAL:</b><br>2.424.800,00                            | <b>VALOR TOTAL:</b><br>266.930,00                              |
| <b>ESPECIFICAÇÃO (Uso SICOM)</b><br>COVID-19. VALOR PARA COBRIR DESPESAS COM A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES AO SUS.<br>INCENTIVO DE CUSTEIO COVID-19 |                                                                |                                                                |
| <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: 26/03/2021

001/00



Para validar acesse <https://sofweb.pbh.gov.br/sofweb/validacao> e informe: c2g4zc4oayqhupw. 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)

J

20

1

Para validar acesse <https://sofweb.pbh.gov.br/sofweb/validacao> e informe: c2g4zc4oayqhupw. 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 Prodemge RFB)