



**Câmara Municipal  
de Porto  
Alegre**

**FORMULÁRIO E**

Emenda ao Anexo da LOA  
(Inclusão de Subatividade ou Subprojeto)

SEI N° 118.00302/2021-94

PROC. N° 1029/21

PLE N° 038/21

**EMENDA N° 665**

**ANEXO II - UNIDADES ORÇAMENTÁRIAS**

**Inclusão de Subprojeto ou de Subatividade**

TIPO DE EMENDA PARLAMENTAR: IMPOSITIVA  NÃO IMPOSITIVA

**DESTINO DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b> 1800 Secretaria Municipal de Saúde		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b> 1800.1804.10.0302.0185
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b> 4037	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b> Serviços Hospitalares e Ambulatoriais Contratualizados.	
<b>Descrição:</b> Repasse ao Instituto do Câncer Infantil, CNPJ 94.594.629/0001-50, para o projeto de "Assistência Integral às crianças e adolescentes que enfrentam o câncer infantojuvenil, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, por meio da assistência de uma equipe multidisciplinar, possibilitando atendimentos fundamentais para os pacientes em tratamento e cuidados paliativos aos pacientes que já não respondem aos tratamentos curativos.		
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM ALOCADOS</b>		
<b>Código de Classificação Econômica:</b> 3350 Outras Despesas Correntes		<b>Valor acrescentado:</b> 50.000,00
<b>Fonte de Recurso da Classificação Econômica:</b> Tesouro Livre-Administração Direta		
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor acrescentado:</b>
<b>Fonte de Recurso da Classificação Econômica:</b>		
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor acrescentado:</b>
<b>Fonte de Recurso da Classificação Econômica:</b>		
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor acrescentado:</b>
<b>Fonte de Recurso da Classificação Econômica:</b>		
<b>Total:</b>		50.000,00

**1- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b> 2200 Reserva de Contingência/Parlamentar		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b> 2200.2200.99.0999.9999
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b> 9996	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b> Reserva Parlamentar	
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>		
<b>Especificação:</b> Tesouro Livre-Administração Direta		
<b>Código de Classificação Econômica:</b> 9999 Reserva de Contingência e Reserva do RPPS		<b>Valor retirado:</b> 50.000,00

**2- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b>		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b>
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b>	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b>	
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>		
<b>Especificação:</b>		
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor retirado:</b>

**3- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b>		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b>
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b>	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b>	
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>		
<b>Especificação:</b>		

<b>Código de Classificação Econômica:</b>	<b>Valor retirado:</b>
---	------------------------

**4- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b>		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b>
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b>	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b>	
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>		
<b>Especificação:</b>		
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor retirado:</b>

**5- ORIGEM DOS RECURSOS:**

<b>Código e Nome do Órgão:</b>		<b>Código de Classificação Institucional e Func.:</b>
<b>Nº do Proj. ou Ativ.:</b>	<b>Nome do Projeto, Atividade ou Oper. Especiais:</b>	
<b>GRUPOS DE DESPESA A SEREM REALOCADOS</b>		
<b>Especificação:</b>		
<b>Código de Classificação Econômica:</b>		<b>Valor retirado:</b>

**JUSTIFICATIVA:** Destinação de recursos para o Instituto do Câncer Infantil para aplicação no projeto de Assistência Integral às crianças e adolescentes que enfrentam o câncer infantojuvenil, com objetivo de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, por meio da assistência de uma equipe multidisciplinar, possibilitando atendimentos fundamentais para os pacientes em tratamento e cuidados paliativos aos pacientes que já não respondem aos tratamentos curativos.

**Data do recebimento:**  
  
/ /

**Nome e assinatura do Vereador:**  
  
**LEONEL RADDE**