

|                                                                                   |                              |             |                                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | MUNICÍPIO DE ARAPIRACA       |             | <br>SAMARITANA INI, O.FIN. 999999999, S/N CENTRO ADMINISTRATIVO ANTONIO R<br>SANTA EDWIRGES, ARAPIRACA-AL<br>CEP: 57311180 |
|                                                                                   | C.N.P.J.: 21.013.754/0001-56 |             |                                                                                                                                                                                                               |
| 1. Documento                                                                      |                              | 2. Número   | 3. Data - Tipo do Empenho                                                                                                                                                                                     |
| NOTA DE EMPENHO                                                                   |                              | 008851/2024 | 30/12/2024 - ORDINARIO                                                                                                                                                                                        |

|                           |                                                                                                    |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. DOTAÇÃO                |                                                                                                    |
| Reduzido da Dotação:      | 551                                                                                                |
| Órgão:                    | 07 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                 |
| Unidade:                  | 70 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                      |
| Programa de Trabalho:     | 07.70.60716071 10302204060716071                                                                   |
| Projeto/Atividade:        | 6071 - QUALIFICAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO E AMPLIAÇÃO DO ACESSO DOS USUÁRIOS À ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL |
| Especificação da Despesa: | 3.3.9.0.39.00.00.00.0000 - OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA                          |
| Detalhamento da Despesa:  | 50000000 - SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALAR, ODONTOLÓGICOS E LABORATORIAIS                               |
| Destinação de Recurso:    | 015001001002 - RECURSOS PARA AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE – ASPS                          |

|                                                          |                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 5. CREDOR                                                |                                       |
| Código/Nome: 1955 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO | CPF/CNPJ: 12.307.187/0001-50          |
| Nome Social:                                             |                                       |
| Endereço:                                                | Cidade:                               |
| Telefone (1):                                            | Telefone (2):                         |
| Banco: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL                           | Agência: 1106-0                       |
|                                                          | Telefone (3):                         |
|                                                          | Banco/Agência/Conta: 104/1106-0/902-8 |

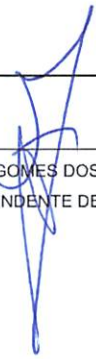
|                                                                                                                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 6. HISTÓRICO                                                                                                                                                        |  |
| REFERENTE À REALIZAÇÃO DE CIRURGIA PEDIÁTRICA DE NEFRECTOMIA PARCIAL, EM CARÁTER EMERGENCIAL, EM FAVOR DE KIMBERLY MAVIE RODRIGUES DOS SANTOS - OFÍCIO Nº 234/2024. |  |

|                   |                  |                |
|-------------------|------------------|----------------|
| 7. SALDO ANTERIOR | 8. VALOR EMPENHO | 9. SALDO ATUAL |
| 24.381,93         | 17.813,12        | 6.568,81       |

|                                                          |  |
|----------------------------------------------------------|--|
| 10. VALOR POR EXTENSO                                    |  |
| DEZESSETE MIL E OITOCENTOS E TREZE REAIS E DOZE CENTAVOS |  |

|                                              |  |
|----------------------------------------------|--|
| 11. DADOS COMPLEMENTARES                     |  |
| Tipo do Motivo de Empenho: DESPESAS DIVERSAS |  |
| Natureza: 1 - COMUM                          |  |
| Processo: 32416/2024                         |  |

  
RAFAELLA SOUZA ALBUQUERQUE  
SECRETÁRIA DE SAÚDE

  
JACKSON GOMES DOS SANTOS  
SUPERINTENDENTE DE GESTÃO