

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0010326

DADOS DO EMPENHO ORIGINAL

| DATA EMISSÃO | Nº EMPENHO | VALOR N.E. (R\$) | VALOR ANULADO (R\$) | TIPO       |
|--------------|------------|------------------|---------------------|------------|
| 02/01/2025   | 02.01.0083 | 4.200,00         | 0,00                | ESTIMATIVO |

FUNCIONAL PROGRAMATICA E FONTE DE RECURSO

ÓRGÃO: 08 SECRETARIA DA SAÚDE  
U. ORÇAMENT.: 08.01 FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNÇÃO: 10 SAÚDE  
SUBFUNÇÃO: 302 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR E AMBULATORIAL  
PROGRAMA: 0014 ATENDIMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL  
ATIVIDADE: 2.077 IMPLANTAÇÃO E MANUTENCAO DOS SERVIÇOS DE MEDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULAT  
NATUREZA: 3.3.90.14.00 DIÁRIAS - CIVIL  
FONTE: 15.00.100200 RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERÊNCIA DE IMPOSTOS – SAÚDE  
TIPO CRÉDITO: 1 ORÇAMENTÁRIO

DADOS DO CREDOR

NOME: JALES ALVES MARQUES  
ENDEREÇO: MAPUA - MAPUA - JAGUARIBE CE  
C P F...: 061.259.383-52 RG: 20073880978 SSPDS-CE NIT/PASEP: 16181725599 Telefone: 8899624882

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| DATA DA LIQUIDAÇÃO<br><b>13/08/2025</b> | VALOR LIQUIDADADO: (R\$)<br><b>50,00</b> | VALOR DO DESCONTO: (R\$)<br><b>0,00</b> | TIPO DA LIQUIDAÇÃO:<br><b>SEM NOTA FISCAL</b> |
| TIPO DA NOTA FISCAL:                    | SUB TIPO DA NOTA FISCAL:                 | Nº DA NOTA FISCAL:                      | Nº DOS FORMULÁRIOS:                           |
| DATA DA EMISSÃO DA NOTA:                | DATA LIMITE PARA EXPEDIÇÃO:              | SÉRIE DA NOTA:                          | SÉRIE DO SELO DE AUTENTICIDADE:               |
| Nº DO PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO:         | SÉRIE DO SELO:<br><b>0</b>               | Nº DO SELO FISCAL:                      | OBS:  |
| CHAVE DE ACESSO:                        | CHAVE DE VERIFICAÇÃO:                    |   |   |

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

CONCESSÃO DE DIÁRIA AO SR. JALES ALVES MARQUES , OCUPANTE DO CARGO DE AUXILIAR DE ENFERNAGEM CBO-322230, LOCADO NO HOSPITAL DE JAGUARIBE-CE, DESTINADO A DESPESAS COM O DESLOCAMENTO PARA DIVERSAS CIDADES, PARA REALIZAR O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES QUE IRÃO RECEBER ATENDIMENTOS MEDICOS ESPECIALIZADOS, EM DIVERSAS CLINICAS E HOSPITAIS.

Jaguaribe, 13 de Agosto de 2025

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Nota de Solicitação de Liquidação****Fornecedor:** JALES ALVES MARQUES**CPF:** 061.259.383-52**Endereço:** MAPUA**Bairro:** MAPUA**Cidade:** Jaguaribe**UF:** CE**CEP:** 63475000**Telefone:** 8899624882**E-Mail:****Banco:** BRASIL

ATENÇÃO !!! Os Dados Bancários Devem ser Cadastrados no Sistema Gestor Municipal.

**Agência:** 1-1**Tipo de Conta:** Conta Corrente**Conta:** 1-1**U. Orçamentária:** 0801 - Fundo Municipal de Saúde**U. Funcional:** Depto. Financeiro**Função:** 10 - Saúde**Dotação:** 578**Subfunção:** 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial**Programa:** 0014 - Atendimento Hospitalar e Ambulatorial**Proj\Atividade:** 2077 - Implantação e Manutenção dos Serviços de Media Complexidade Hospitalar e Ambulat**Natureza:** 3.3.90.14.00 - Diárias - Civil**Fonte Recurso:** 1500100200 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos - Saúde**Centro de Custo:** Diárias - Civil**Tipo Processo:** Dispensa**No. Processo:** Contrato: - Licitação:**Nº Empenho:** 02010083 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 13/08/2025  
**Liquidação:****Data Expedição:****Mês Referência:** AGOSTO**Vlr. Liquidação:** R\$50,00 (CINQUENTA REAIS)**Tipo de NF:****SubTipo de NF:****Série NF:****Pr. Autorização:****Ch. Verificação:****Ch. Acesso:****Histórico da Liquidação**

CONCESSÃO DE DIÁRIA AO SR. JALES ALVES MARQUES, OCUPANTE DO CARGO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM CBO-322230, LOCADO NO HOSPITAL DE JAGUARIBE-CE, DESTINADO A DESPESAS COM O DESLOCAMENTO PARA DIVERSAS CIDADES, PARA REALIZAR O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES QUE IRÃO RECEBER ATENDIMENTOS MEDICOS ESPECIALIZADOS, EM DIVERSAS CLINICAS E HOSPITAIS.

**Itens da Liquidação**

| Cod. | Nome | Lote | Qtde | Val. Unitário | Val.Total |
|------|------|------|------|---------------|-----------|
|------|------|------|------|---------------|-----------|

Responsável pela elaboração

Layla Diniz Vital Cavalcante

Ordenador de Despesa

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES

Avaliação e Visto

Técnico

Data



### Prefeitura Municipal de Jaguaribe

Praça Senador Fernandes Távora, S/N - Centro - CEP: 63.475-000 - Jaguaribe/CE  
CNPJ: 07.443.708/0001-66 - Tel: (88) 3522-1092

## REQUISIÇÃO DE DIÁRIA

#### Informações da Secretaria

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Secretaria da Saúde</b> |  |
| <b>CNPJ:</b>               | 10.383.249/0001-87   |
| <b>Endereço:</b>           | Rua Nauza Auciole Peixoto, 0 - Aloísio Diógenes - CEP: 63.475-000 - Jaguaribe\CE |

#### Informações da Servidor

|                            |  |            |                                     |
|----------------------------|--|------------|-------------------------------------|
| <b>Jales Alves Marques</b> |  |            |                                     |
| <b>Cargo:</b>              | Técnico(a) de Enfermagem - CBO:                  |            |                                     |
| <b>CPF:</b>                | ***.259.383-**                                   | <b>RG:</b> | 20073880978 - SSPDS/CE - 13/11/2009 |
| <b>Conta bancária:</b>     | Banco: 104 - Ag: 749 - Conta: 275381 - Tipo: 013 |            |                                     |

#### Informações da Diária

|                       |                           |                    |            |
|-----------------------|---------------------------|--------------------|------------|
| <b>Cidade\Estado:</b> | FORTALEZA\CE              |                    |            |
| <b>Orgão\Empresa:</b> | HOSPITAL GERAL CÉSAR CALS |                    |            |
| <b>Data início:</b>   | 13/08/2025                | <b>Data fim:</b>   | 13/08/2025 |
|                       |                           | <b>Quantidade:</b> | 1          |

#### Justificativa

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JALES ALVES MARQUES PARA ACOMPANHAR PACIENTE COM HD DE OBSTRUÇÃO INTESTINAL.

Jaguaribe / CE, quarta-feira, 13 de agosto de 2025.

#### Solicitante

**Jales Alves Marques**  
Técnico(a) de Enfermagem

#### Autorização

**Ianny de Assis Dantas Diogenes**  
Secretário(a) Municipal da Saúde





**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

Praça Senador Fernandes Távora, S/N - Centro - CEP: 63.475-000 - Jaguaribe/CE  
CNPJ: 07.443.708/0001-66 - Tel: (88) 3522-1092

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, **JALES ALVES MARQUES**, venho com o presente, me responsabilizar em comprovar a minha viagem conforme Decreto Nº 264/2005, de 28 de janeiro de 2005, pela entrega dos comprovantes relativos ao período **13/08/2025 à 13/08/2025**, pela portaria Nº **25.08.13.0012/2025** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, quarta-feira, 13 de agosto de 2025.*

**Jales Alves Marques**  
Técnico(a) de Enfermagem

Prefeitura Municipal de Jaguaribe

CNPJ: 07.443.708/0001-66

[www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=26760](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=26760)

