

Estado do Ceará  
Município: JAGUARIBE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARIBE

EXERCÍCIO: 2025

NL

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0010391

DADOS DO EMPENHO ORIGINAL

DATA EMISSÃO	Nº EMPENHO	VALOR N.E. (R\$)	VALOR ANULADO (R\$)	TIPO
02/01/2025	02.01.0206	4.000,00	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: ANA CAROLINA OLIVEIRA DE FREITAS  
ENDEREÇO: JOSÉ QUEIROZ DIOGENES 231 - JOÃO PAULO II - JAGUARIBE CE  
C P F...: 078.895.903-42 RG: 20161624710 SSPDS-CE INSC.MUN.: Telefone:

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

DATA DA LIQUIDAÇÃO <b>11/08/2025</b>	VALOR LIQUIDADO: (R\$) <b>50,00</b>	VALOR DO DESCONTO: (R\$) <b>0,00</b>	TIPO DA LIQUIDAÇÃO: <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: <b>0</b>	Nº DO SELO FISCAL:	OBS:
CHAVE DE ACESSO:	CHAVE DE VERIFICAÇÃO:		

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

CONCESSÃO DE DIVERSAS DIÁRIAS A SRª. ANA CAROLINA OLIVEIRA DE FREITAS , OCUPANTE DO CARGO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM CBO-322230, LOCADA 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, 11 de Agosto de 2025

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Nota de Solicitação de Liquidação****Fornecedor:** ANA CAROLINA OLIVEIRA DE FREITAS**CPF:** 078.895.903-42**Endereço:** JOSÉ QUEIROZ DIOGENES 231**Bairro:** JOÃO PAULO II**Cidade:** Jaguaribe**UF:** CE**CEP:** 63475000**Telefone:****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 Média 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:** 02010206 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 11/08/2025  
**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 DIVERSAS DIÁRIAS A SRª. ANA CAROLINA OLIVEIRA DE FREITAS, OCUPANTE DO CARGO DE AUXILIAR DE ENFERMAGEM CBO-322230, LOCADA NO HOSPITAL DE JAGUARIBE-CE, DESTINADO A DESPESAS COM O DESLOCAMENTO PARA DIVERSAS CIDADES, PARA REALIZAR O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES QUE IRÃO RECEBER ATENDIMENTOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS, EM DIVERSAS CLÍNICAS 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>Ana Carolina Oliveira de Freitas</b>			
<b>Cargo:</b>	Técnico(a) de Enfermagem - CBO:		
<b>CPF:</b>	***.895.903-**	<b>RG:</b>	20161624710 - SSPDS/CE - 07/06/2016
<b>Conta bancária:</b>	Banco: 237 - Ag: 5394 - Conta: 0010203 - Tipo: 000		

**Informações da Diária**

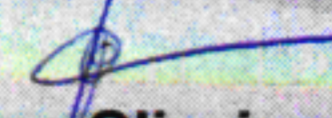
<b>Cidade/Estado:</b>	QUIXERAMOBIM/CE				
<b>Orgão/Empresa:</b>	HOSPITAL REGIONAL SERTAO CENTRAL				
<b>Data início:</b>	10/08/2025	<b>Data fim:</b>	10/08/2025	<b>Quantidade:</b>	1

**Justificativa**

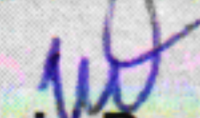
DIÁRIA CONCEDIDA A PROFISSIONAL ANA CAROLINA OLIVEIRA DE FREITAS PARA ACOMPANHAR PACIENTE GESTANTE ENCAMINHADA COM QUADRO DE COLO FECHADO.

Jaguaribe / CE, domingo, 10 de agosto de 2025.

**Solicitante**

  
**Ana Carolina Oliveira de Freitas**  
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, **ANA CAROLINA OLIVEIRA DE FREITAS**, 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 **10/08/2025 à 10/08/2025**, pela portaria Nº **25.08.10.0006/2025** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, domingo, 10 de agosto de 2025.*

  
**Ana Carolina Oliveira de Freitas**  
Técnico(a) de Enfermagem

