

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0010368

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 29/08/2025	VALOR LIQUIDADO: (R\$) 50,00	VALOR DO DESCONTO: (R\$) 0,00	TIPO DA LIQUIDAÇÃO: SEM NOTA FISCAL
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: 0	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, 29 de Agosto de 2025

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE



# Prefeitura Municipal de Jaguaribe

DID: 70552025

## 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** 29/08/2025  
**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

PLAVIO DE REG. CIVIL SOARES  
CONTROLADOR E OUVIDOR  
GERAL DO MUNICÍPIO  
PORTARIA Nº 001/2008 052.075.403-44

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 INFANTIL ALBERT SABIN				
<b>Data início:</b>	29/08/2025	<b>Data fim:</b>	29/08/2025	<b>Quantidade:</b>	1

### Justificativa

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JALES ALVES MARQUES PARA ACOMPANHAR PACIENTE COM QUADRO DE APENDICITE AGUDA.

Jaguaribe / CE, sexta-feira, 29 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 **29/08/2025 à 29/08/2025**, pela portaria Nº ~~25.08.29.0006/2025~~ pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o ~~termino das mesmas~~, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, sexta-feira, 29 de agosto de 2025.*

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

