

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

DID: 9272026

## Nota de Solicitação de Liquidação

**Fornecedor:** CATIANA DE QUEIROZ MORAES

04263392310

**Endereço:** RUA SALVINO HOLANDA DA CUNHA**Bairro:** CASTANHÃO**Cidade:** Alto Santo**UF:** CE**CEP:** 62970000**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:** 1003 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar**Proj\Atividade:** 2057 - Manutencao e Gerenciarmrnto dos Serviços de Media Complexidade Ambulatorial e Hospitalar**Natureza:** 3.3.90.14.00 - Diárias - Civil**Fonte Recurso:** 1500100200 - Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos – Saúde**Centro de Custo:** Diárias - Cível**Tipo Processo:** Dispensa**No. Processo:** Contrato: - Licitação:**Nº Empenho:** 05010427 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 19/01/2026  
**Liquidação:****Data Expedição:****Mês Referência:** JANEIRO**Vlr. Liquidação:** R\$50,00 (CINQUENTA REAIS)**Tipo de NF:****SubTipo de NF:****Série NF:****Pr. Autorização:****Ch. Verificação:****Ch. Acesso:****Histórico da Liquidação**

A CONCESSÃO DE DIVERSAS DIÁRIAS A SRA.CATIANA DE QUEIROZ MORAES ,OCUPANTE DO CARGO DE TECNICO(A) DE ENFERMAGEM - CBO:322205,LOTADO NO HOSPITAL DE JAGUARIBE-CE, DESTINADO A CUSTEAR DESPESAS COM O DESLOCAMENTO PARA DIVERSAS CIDADES,PARA REALIZAR A CONDUÇÃO E 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

LANE GLEIDE BEZERRA

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>Catiana de Queiroz Moraes</b>			
<b>Cargo:</b>	Técnico(a) de Enfermagem - CBO:		
<b>CPF:</b>	***.633.923-**	<b>RG:</b>	2006099035502 - SSPDS/CE - 04/02/2019
<b>Conta bancária:</b>	Banco: 237 - Ag: 5394 - Conta: 14752-4 - Tipo: Conta Corrente		

### Informações da Diária

<b>Cidade\Estado:</b>	QUIXERAMOBIM\CE				
<b>Orgão\Empresa:</b>	HOSPITAL REGIONAL SERTÃO CENTRAL				
<b>Data início:</b>	17/01/2026	<b>Data fim:</b>	17/01/2026	<b>Quantidade:</b>	1

### Justificativa

DIÁRIA CONCEDIDA A PROFISSIONAL CATIANA DE QUEIROZ MORAES ACOMPANHAR PACIENTE COM NEFROPATIA OBSTRUTIVA EM VAGA ZERO.

Jaguaribe / CE, sábado, 17 de janeiro de 2026.

### Solicitante

*Catiana de Queiroz Moraes*  
**Catiana de Queiroz Moraes**  
Técnico(a) de Enfermagem

### Autorização

*Ianny de Assis Dantas Diogenes*  
**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, **CATIANA DE QUEIROZ MORAES**, 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 **17/01/2026 à 17/01/2026**, pela portaria Nº **26.01.17.0006/2026** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, sábado, 17 de janeiro de 2026.*

*Catiana de Queiroz Moraes*  
**Catiana de Queiroz Moraes**  
Técnico(a) de Enfermagem

