

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0002355

DADOS DO EMPENHO ORIGINAL

DATA EMISSÃO	Nº EMPENHO	VALOR N.E. (R\$)	VALOR ANULADO (R\$)	TIPO
05/01/2026	05.01.0382	1.500,00	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: 1003 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR  
ATIVIDADE: 2.057 MANUTENCAO E GERENCIAMRNT0 DOS SERVIÇOS DE MEDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITAL/  
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

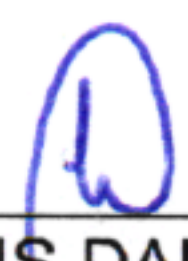
DADOS DA LIQUIDAÇÃO

DATA DA LIQUIDAÇÃO <b>13/02/2026</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

A CONCESSÃO DE DIVERSAS DIÁRIAS AO SR. JALES ALVES MARQUES, OCUPANTE DO CARGO DE AUXILIAR DE EMFERMAGEM - CBO: 322230, 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.

Jaguaribe, 13 de Fevereiro de 2026

  
IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe****Nota de Solicitação de Liquidação****DID:** 17212026**Pag:** 1/2**Fornecedor:** JALES ALVES MARQUES

06125938352

**Endereço:** MAPUA**Bairro:** MAPUA**Cidade:** Jaguaribe**UF:** CE**CEP:** 63475000**Telefone:** 8899624882**E-Mail:****Banco:** BRASIL

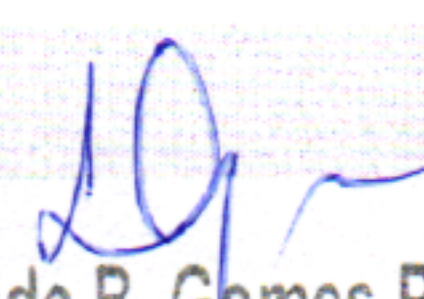
ATENÇÃO !!! Os Dados Bancários Devem ser Cadastrados no Sistema Gestor Municipal.


**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:** 1003 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar**Proj\Atividade:** 2057 - Manutencao e Gerenciamrnto 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:** 05010382 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 13/02/2026  
**Liquidação:****Data Expedição:****Mês Referência:** FEVEREIRO**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 AO SR. JALES ALVES MARQUES, OCUPANTE DO CARGO DE AUXILIAR DE EMFERMAGEM - CBO: 322230, 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
------	------	------	------	---------------	-----------

  
Lane Gleide B. Gomes Pinheiro  
Superintendente de Finanças

  
Ianny de A. Dantas Diogenes  
Secretaria de Saude  
CPF 007 894 143 17  
PORTARIA 004 2025



## 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>	13/02/2026	<b>Data fim:</b>	13/02/2026	<b>Quantidade:</b>	1

#### Justificativa

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JALES ALVES MARQUES PARA ACOMPANHAR PACIENTE COM HD DE APENDICITE AGUDA, ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO.

Jaguaribe / CE, sexta-feira, 13 de fevereiro de 2026.

#### 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 **13/02/2026 à 13/02/2026**, pela portaria Nº **26.02.13.0009/2026** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, sexta-feira, 13 de fevereiro de 2026.*

**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=28638](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=28638)

