

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0003994

DADOS DO EMPENHO ORIGINAL

| DATA EMISSÃO | Nº EMPENHO | VALOR N.E. (R\$) | VALOR ANULADO (R\$) | TIPO       |
|--------------|------------|------------------|---------------------|------------|
| 05/01/2026   | 05.01.0257 | 8.400,00         | 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 HOSPITALAR  
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: PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA SILVA  
ENDEREÇO: RUA FIRMINO JOSE DA COSTA N 226 - CENTRO - JAGUARIBE CE  
C P F...: 370.135.804-49 RG: 371183819 SSP-CE NIT/PASEP: 12171525462 Telefone:


DADOS DA LIQUIDAÇÃO

|                                  |                                 |                                  |                                        |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| DATA DA LIQUIDAÇÃO<br>15/04/2026 | VALOR LIQUIDADO: (R\$)<br>50,00 | VALOR DO DESCONTO: (R\$)<br>0,00 | TIPO DA LIQUIDAÇÃO:<br>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:<br>0             | Nº DO SELO FISCAL:               | OBS:                                   |
| CHAVE DE ACESSO:                 | CHAVE DE VERIFICAÇÃO:           |                                  |                                        |

HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO

A CONCESSÃO DE DIVERSAS DIÁRIAS AO SR. PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA SILVA, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA - CBO: 782305, 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, 15 de Abril de 2026

  
IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

DID: 28212026

## Nota de Solicitação de Liquidação

Pag: 1/2

**Fornecedor:** PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA SILVA

37013580449

**Endereço:** RUA FIRMINO JOSE DA COSTA N 226**Bairro:** CENTRO**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:** 1003 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar**Proj\Atividade:** 2057 - Manutenção e Gerenciamento dos Serviços de Média 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 - Civil**Tipo Processo:** Dispensa**No. Processo:** Contrato: - Licitação:**Nº Empenho:** 05010257 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 15/04/2026  
**Liquidação:****Data Expedição:****Mês Referência:** ABRIL**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. PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA SILVA, OCUPANTE DO CARGO DE MOTORISTA - CBO: 782305, 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 MÉDICOS ESPECIALIZADOS, EM DIVERSAS CLÍNICAS E HOSPITAIS.

**Itens da Liquidação**

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

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

Flavio de negretos Soares  
CONTROLADOR E OUVIDOR  
GERAL DO MUNICÍPIO  
Part 003/2025 CPF 962 075.403-44



### 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>Paulo Roberto de Oliveira Silva</b> |                                                     |            |                                 |
| <b>Cargo:</b>                          | Motorista D - CBO: 782305                           |            |                                 |
| <b>CPF:</b>                            | ***.135.804-**                                      | <b>RG:</b> | 371183819 - SSP/SP - 11/10/2000 |
| <b>Conta bancária:</b>                 | Banco: 237 - Ag: 5394 - Conta: 00301190 - Tipo: 000 |            |                                 |

#### Informações da Diária

|                       |                                           |                  |            |                    |   |
|-----------------------|-------------------------------------------|------------------|------------|--------------------|---|
| <b>Cidade\Estado:</b> | RUSSAS\CE                                 |                  |            |                    |   |
| <b>Orgão\Empresa:</b> | HOSPITAL E MATERNIDADE DIVINA PROVIDÊNCIA |                  |            |                    |   |
| <b>Data início:</b>   | 15/04/2026                                | <b>Data fim:</b> | 15/04/2026 | <b>Quantidade:</b> | 1 |

#### Justificativa

|                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL PAULO ROBERTO DE OLIVEIRA SILVA PARA CONDUZIR PACIENTES PARA REALIZAR CONSULTAS E/ OU EXAMES EM OUTRO MUNICÍPIO. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Jaguaribe / CE, quarta-feira, 15 de abril de 2026.

**Solicitante**

*Paulo Roberto*  
Paulo Roberto de Oliveira Silva  
Motorista D

**Autorização**

*lanny*  
lanny 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, **Paulo Roberto de Oliveira Silva**, 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 **15/04/2026 à 15/04/2026**, pela portaria Nº **26.04.15.0002/2026** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, quarta-feira, 15 de abril de 2026.*

**Paulo Roberto de Oliveira Silva**  
Motorista D

