

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0003964

DADOS DO EMPENHO ORIGINAL

DATA EMISSÃO	Nº EMPENHO	VALOR N.E. (R\$)	VALOR ANULADO (R\$)	TIPO
01/04/2026	01.04.0052	50,00	0,00	ORDINÁRIO

FUNCIONAL PROGRAMATICA E FONTE DE RECURSO

ÓRGÃO: 08 SECRETARIA DA SAÚDE  
U. ORCAMENT.: 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: JOSE ELINALDO DA SILVA  
ENDEREÇO: RUA JOSE REINALDO PINHEIRO, 49 - CENTRO - JAGUARIBE CE  
C P F...: 906.869.003-59 RG: 298470595 SSP-CE NIT/PASEP: 29847059500 Telefone:

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

DATA DA LIQUIDAÇÃO <b>08/04/2026</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

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JOSE ELINALDO DA SILVA, PARA TRANSPORTAR MEDICAMENTOS DA COORDENADORIA DE LOGISTICA DE RECURSOS BIOMÉDICOS - COLOB/SESA, PARA A CAF DO HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE.

Jaguaribe, 8 de Abril de 2026

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

DID: 27872026

## Nota de Solicitação de Liquidação

Pag: 1/1

**Fornecedor:** JOSE ELINALDO DA SILVA

90686900359

**Endereço:** RUA JOSE REINALDO PINHEIRO, 49**Bairro:** CENTRO**Cidade:** Jaguaribe**UF:** CE**CEP:** 63475000**Telefone:****E-Mail:****Banco:** BRASIL

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

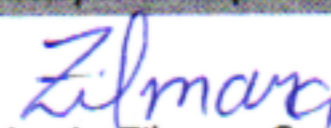
**Agência:** 1-1**Conta:** 1-1**Tipo de Conta:** Conta Corrente**U. Orçamentária:** 0801 - Fundo Municipal de Saúde**U. Funcional:** Depto. Financeiro**Função:** 10 - Saúde**Dotação:** 578**Subfunção:** 302 - Assistência Hospitalar e Ambulatorial**Programa:** 1003 - Assistência Ambulatorial e Hospitalar**Proj\Atividade:** 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:** 01040052 - Ordinário**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 08/04/2026  
**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**

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JOSE ELINALDO DA SILVA, PARA TRANSPORTAR MEDICAMENTOS DA COORDENADORIA DE LOGISTICA DE RECURSOS BIOMÉDICOS - COLOB/SESA, PARA A CAF DO HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE.


**Itens da Liquidação**

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

Responsável pela elaboração

  
 Luzia Zilmara Santos Lima

Ordenador de Despesa

  
 IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES

Avaliação e Visto

 Flavio de negreiros Soares  
 CONTROLADOR E OUVIDOR  
 GERALTÉCNICO  
 Part. 003/2025 CP# 962.075.403-44

 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Data

NOTA DE EMPENHO - Nº 01.04.0052

DADOS DO EMPENHO

DATA EMISSÃO	TIPO	MODALIDADE / Nº LICITAÇÃO	Nº CONTRATO	DID
01/04/2026	ORDINÁRIO	/		27872026
CENTRO DE CUSTO				OBS
Diárias - Cível				

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 MANUTENÇÃO E GERENCIAMENTO DOS SERVIÇOS DE MEDIA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR  
NATUREZA: 3.3.90.14.00 DIÁRIAS - CIVIL  
SUBELEMENTO: 01 DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)  
FONTE: 15.00.100200 RECEITAS DE IMPOSTOS E DE TRANSFERÊNCIA DE IMPOSTOS - SAÚDE  
TIPO CRÉDITO: 1 ORÇAMENTÁRIO  
PCASP:  
EMENDA:

DEMONSTRATIVO DO SALDO DA DOTAÇÃO

FICHA	SALDO ANTERIOR (R\$)	VALOR DO EMPENHO (R\$)	SALDO ATUAL (R\$)
578	1.800,00	50,00	1.750,00

DADOS DO CREDOR

NOME: JOSE ELINALDO DA SILVA  
ENDEREÇO: RUA JOSE REINALDO PINHEIRO, 49 - CENTRO - JAGUARIBE CE  
C P F...: 906.869.003-59 RG: 298470595 SSP-CE NIT/PASEP: 29847059500 Telefone:

HISTÓRICO DO EMPENHO

VALOR EMPENHADO PARA ATENDER DESPESAS COM DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JOSE ELINALDO DA SILVA, PARA TRANSPORTAR MEDICAMENTOS DA COORDENADORIA DE LOGISTICA DE RECURSOS BIOMÉDICOS - COLOB/SESA, PARA A CAF DO HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE.

Eu, **IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES**, no uso competente das minhas atribuições de Ordenador(a) da Despesa do(a) **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, autorizo o fornecimento ou execução dos serviços ora descritos, obedecidas as condições e especificações desta Nota de Empenho Nº **01040052**. A(os) **1 de Abril de 2026**

CONTATE CONSULTORIA E SERVICOS LTDA  
Responsável pelo Setor

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
ORDENADOR(A)

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

## Documento de Intenção de Despesa

**DID:** 27872026**Data:** 01/04/2026**Fornecedor:** JOSE ELINALDO DA SILVA**CPF:** 906.869.003-59**Endereço:** RUA JOSE REINALDO PINHEIRO, 49**Bairro:** CENTRO**Cidade:** Jaguaribe**UF:** CE**CEP:** 63475000**Telefone:****E-Mail:****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:****Modalidade:** Ordinário**Valor do DID:**

R\$50,00

**Histórico**

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JOSE ELINALDO DA SILVA, PARA TRANSPORTAR MEDICAMENTOS DA COORDENADORIA DE LOGISTICA DE RECURSOS BIOMÉDICOS - COLOB/SESA, PARA A CAF DO HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE.

Ordenador

Responsável pelo preenchimento

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES

Luzia Zilmara Santos Lima

Recepção em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Visto: \_\_\_\_\_



## 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>Jose Elinaldo da Silva</b>			
<b>Cargo:</b>	Auxiliar de Serviços Gerais - CBO: 514210		
<b>CPF:</b>	***.869.003-**	<b>RG:</b>	298470595 - SSP/CE - 28/09/1995
<b>Conta bancária:</b>	Banco: 104 - Ag: 0749 - Conta: 001165-1 - Tipo: 013		

### Informações da Diária

<b>Cidade\Estado:</b>	MARACANAU\CE				
<b>Orgão\Empresa:</b>	COLOB-SESA				
<b>Data início:</b>	09/04/2026	<b>Data fim:</b>	09/04/2026	<b>Quantidade:</b>	1

### Justificativa

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JOSE ELINALDO DA SILVA, PARA TRANSPORTAR MEDICAMENTOS DA COORDENADORIA DE LOGISTICA DE RECURSOS BIOMÉDICOS - COLOB/SESA, PARA A CAF DO HOSPITAL MUNICIPAL DE JAGUARIBE.

Jaguaribe / CE, quarta-feira, 08 de abril de 2026.

### Solicitante

*Jose Elinaldo da Silva*  
**Jose Elinaldo da Silva**  
Auxiliar de Serviços Gerais

### Autorização

*[Assinatura]*  
**Ianny de Assis Dantas Diogenes**  
Secretário(a) Municipal da Saúde

Prefeitura Municipal de Jaguaribe  
CNPJ: 07.443.708/0001-66

[www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=29322](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=29322)





## 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, **Jose Elinaldo da 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 **09/04/2026 à 09/04/2026**, pela portaria Nº **26.04.08.0011/2026** 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, 08 de abril de 2026.*

*Jose Elinaldo da Silva*

**Jose Elinaldo da Silva**  
Auxiliar de Serviços Gerais

JAGUARIBE  
PREFEITURA  
NOVOS AVANÇOS, MAIS CONQUISTAS!

Prefeitura Municipal de Jaguaribe  
CNPJ: 07.443.708/0001-66

[www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=29322](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=29322)

