

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0005154

DADOS DO EMPENHO ORIGINAL

DATA EMISSÃO	Nº EMPENHO	VALOR N.E. (R\$)	VALOR ANULADO (R\$)	TIPO
05/01/2026	05.01.0364	8.400,00	0,00	ESTIMATIVO

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 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: JOÃO VICTOR OLIVEIRA NUNES  
ENDEREÇO: FRANCISCA NEUTELINA DE LIMA 317 - MANOEL C. MORAIS - JAGUARIBE CE  
C P F...: 078.957.433-09 RG: 20161624434 SSPDS-CE NIT/PASEP: 16060963588 Telefone:

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

DATA DA LIQUIDAÇÃO <b>07/05/2026</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. JOÃO VICTOR OLIVEIRA NUNES, 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, 7 de Maio de 2026

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

DID: 35502026

## Nota de Solicitação de Liquidação

Pag: 1/2

**Fornecedor:** JOÃO VICTOR OLIVEIRA NUNES

07895743309

**Endereço:** FRANCISCA NEUTELINA DE LIMA 317**Bairro:** MANOEL C. MORAIS**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:** 05010364 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 07/05/2026  
**Liquidação:****Data Expedição:****Mês Referência:** MAIO**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. JOÃO VICTOR OLIVEIRA NUNES, 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
------	------	------	------	---------------	-----------

Zilmar

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

Flavio de negretos Soares  
 CONTROLADOR E OUVIDOR  
 GERAL DO MUNICÍPIO  
 Port. 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 - Aloisio Diógenes - CEP: 63.475-000 - Jaguaribe\Ce

*Informações da Servidor*

<b>Joao Victor Oliveira Nunes</b>			
<b>Cargo:</b>	Motorista B - CBO: 782305		
<b>CPF:</b>	***.957.433-**	<b>RG:</b>	20161624434 - SSPDS/CE - 07/06/2016
<b>Conta bancária:</b>	Banco: 237 - Ag: 5394 - Conta: 17381 - Tipo: 000		

*Informações da Diária*

<b>Cidade\Estado:</b>	LIMOEIRO DO NORTE\CE				
<b>Orgão\Empresa:</b>	HOSPITAL REGIONAL VALE DO JAGUARIBE				
<b>Data início:</b>	07/05/2026	<b>Data fim:</b>	07/05/2026	<b>Quantidade:</b>	1

*Justificativa*

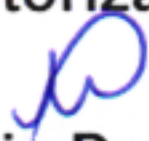
DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JOÃO VICTOR OLIVEIRA NUNES PARA CONDUZIR PACIENTES PARA REALIZAR CONSULTAS / EXAMES / INTERNAMENTO /ALTA MÉDICA EM OUTRO MUNICÍPIO.
--

Jaguaribe / CE, quinta-feira, 07 de maio de 2026.

**Solicitante**

  
**Joao Victor Oliveira Nunes**  
Motorista B

**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, **Joao Victor Oliveira Nunes**, 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 **07/05/2026 à 07/05/2026**, pela portaria Nº **26.05.07.0009/2026** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, quinta-feira, 07 de maio de 2026.*

**Joao Victor Oliveira Nunes**  
Motorista B

