

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0007010

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. 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:      | 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              | VALOR LIQUIDADO: (R\$)      | VALOR DO DESCONTO: (R\$) | TIPO DA LIQUIDAÇÃO:             |
| 23/06/2026                      | 50,00                       | 0,00                     | 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:              | Nº DO SELO FISCAL:       | OBS:                            |
|                                 | 0                           |                          |                                 |
| 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, 23 de Junho de 2026

  
IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE



# Prefeitura Municipal de Jaguaribe

DID: 48212026

## 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

**Agência:** 1-1

**Conta:** 1-1

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

**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 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:** 05010257 - Estimativo

**Nº Nota Fiscal:**

**Dt Emissão NF:** Não Informada

**Dt. Solicitação** 23/06/2026  
**Liquidação:**

**Data Expedição:**

**Mês Referência:** JUNHO

**Vlr. Liquidação:** R\$50,00 (CINQUENTA REAIS)

**Tipo de NF:**

**SubTipo de NF:**

**Série NF:**

**Pr. Autorização:**

**Ch. Verificação:**

**Ch. Acesso:**

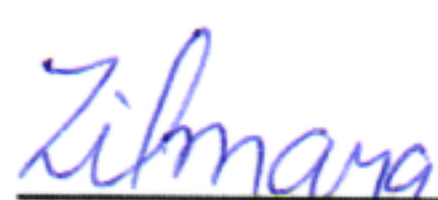
### Histórico da Liquidação

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 MEDICOS ESPECIALIZADOS, EM DIVERSAS CLINICAS E HOSPITAIS.

### Itens da Liquidação

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

  
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

| Secretaria da Saúde |                                                                                  |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <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

| Paulo Roberto de Oliveira Silva |                                                     |     |                                 |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------|-----|---------------------------------|
| Cargo:                          | Motorista D - CBO: 782305                           |     |                                 |
| CPF:                            | ***.135.804-**                                      | RG: | 371183819 - SSP/SP - 11/10/2000 |
| Conta bancária:                 | 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>   | 23/06/2026                                | <b>Data fim:</b> | 23/06/2026 |
| <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, terça-feira, 23 de junho de 2026.

#### Solicitante

**Paulo Roberto de Oliveira Silva**  
Motorista D

#### Autorização

**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=30069](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=30069)





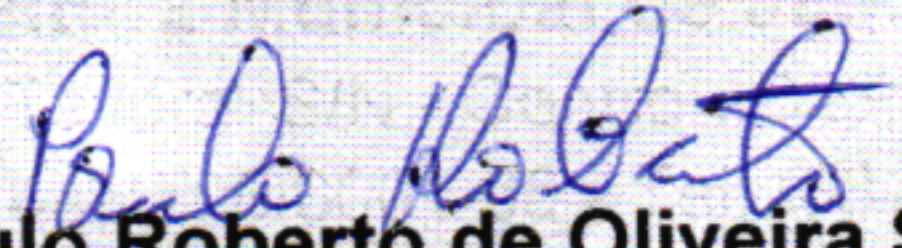
### **Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

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 **23/06/2026 à 23/06/2026**, pela portaria Nº **26.06.23.0001/2026** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, terça-feira, 23 de junho de 2026.*

  
**Paulo Roberto de Oliveira Silva**  
Motorista D

