

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0006992

| DADOS DO EMPENHO ORIGINAL |            |                  |                     |            |
|---------------------------|------------|------------------|---------------------|------------|
| DATA EMISSÃO              | Nº EMPENHO | VALOR N.E. (R\$) | VALOR ANULADO (R\$) | TIPO       |
| 05/01/2026                | 05.01.0385 | 5.000,00         | 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:           | BENEDITO LOPES DE SOUSA                             |     |                 |                                                |
| ENDEREÇO:       | AV GIL TEIXEIRA BASTOS, S/N - CENTRO - JAGUARIBE CE |     |                 |                                                |
| C P F...:       | 284.514.733-34                                      | RG: | 46498682 SSP-CE | NIT/PASEP: 12230049250<br>Telefone: 8835222217 |

| DADOS DA LIQUIDAÇÃO                     |                                        |                                         |                                               |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| DATA DA LIQUIDAÇÃO<br><b>30/06/2026</b> | VALOR LIQUIDADO: (R\$)<br><b>50,00</b> | VALOR DO DESCONTO: (R\$)<br><b>0,00</b> | TIPO DA LIQUIDAÇÃO:<br><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:<br><b>0</b>             | Nº DO SELO FISCAL:                      | OBS:                                          |
| CHAVE DE ACESSO:                        | CHAVE DE VERIFICAÇÃO:                  |                                         |                                               |

| HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A CONCESSÃO DE DIVERSAS DIÁRIAS AO SR. BENEDITO LOPES DE SOUSA OCUPANTE DO CARGO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - CBO: 223505, 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, 30 de Junho de 2026

  
IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

DID: 47982026

**Nota de Solicitação de Liquidação**

Pag: 1/2

**Fornecedor:** BENEDITO LOPES DE SOUSA

28451473334

**Endereço:** AV GIL TEIXEIRA BASTOS, S/N**Bairro:** CENTRO**Cidade:** Jaguaribe**UF:** CE**CEP:** 63475000**Telefone:** 8835222217**E-Mail:****Banco:** BRASILATENÇÃO !!! 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 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:** 05010385 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 30/06/2026  
**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. BENEDITO LOPES DE SOUSA OCUPANTE DO CARGO TÉCNICO DE ENFERMAGEM - CBO: 223505, 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

| Benedito Lopes de Sousa |                                                   |     |                                     |
|-------------------------|---------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Cargo:                  | Técnico(a) de Enfermagem - CBO:                   |     |                                     |
| CPF:                    | ***.514.733-**                                    | RG: | 20150016227 - SSPDS/CE - 13/01/2015 |
| Conta bancária:         | Banco: 104 - Ag: 749 - Conta: 1001226 - 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>   | 30/06/2026                          | <b>Data fim:</b> | 30/06/2026 |
| <b>Quantidade:</b>    | 1                                   |                  |            |

### Justificativa

|                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL BENEDITO LOPES DE SOUSA PARA ACOMPANHAR PACIENTE PORTADOR DE CA DE PRÓSTATA E LARINGE ENCAMINHADO PARA PASSAR SNE OU FAZER UMA GTT. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Jaguaribe / CE, terça-feira, 30 de junho de 2026.

Solicitante

Benedito Lopes de Sousa  
Técnico(a) de Enfermagem

Autorização

Ianny de Assis Dantas Diogenes  
Secretário(a) Municipal da Saúde

### Informações da Diária

|                       |                                     |                  |            |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------|------------|
| <b>Cidade\Estado:</b> | LIMOEIRO DO NORTE/CE                |                  |            |
| <b>Orgão\Empresa:</b> | HOSPITAL REGIONAL VALE DO JAGUARIBE |                  |            |
| <b>Data início:</b>   | 30/06/2026                          | <b>Data fim:</b> | 30/06/2026 |
| <b>Quantidade:</b>    | 1                                   |                  |            |

### Justificativa

|                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL BENEDITO LOPES DE SOUSA PARA ACOMPANHAR PACIENTE PORTADOR DE CA DE PRÓSTATA E LARINGE ENCAMINHADO PARA PASSAR SNE OU FAZER UMA GTT. |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Prefeitura Municipal de Jaguaribe

CNPJ: 07.443.708/0001-66

[www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=30093](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=30093)





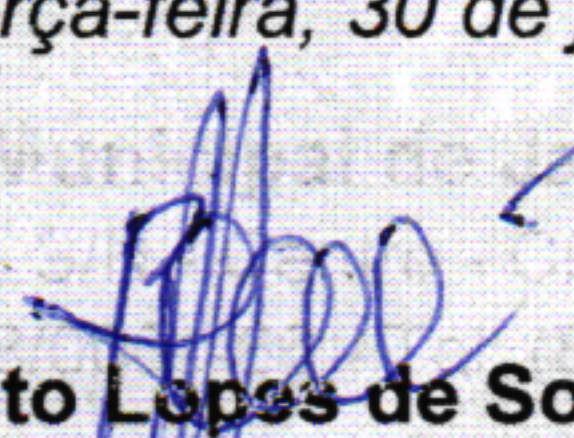
### **Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

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, **Benedito Lopes de Sousa**, 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 **30/06/2026 à 30/06/2026**, pela portaria Nº **26.06.30.0003/2026** 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, 30 de junho de 2026.*

  
**Benedito Lopes de Sousa**  
Técnico(a) de Enfermagem

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **Benedito Lopes de Sousa**, 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 **30/06/2026 à 30/06/2026**, pela portaria Nº **26.06.30.0003/2026** 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, 30 de junho de 2026.*

  
**Benedito Lopes de Sousa**  
Técnico(a) de Enfermagem

Prefeitura Municipal de Jaguaribe

CNPJ: 07.443.708/0001-66

[www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=30093](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=30093)

