

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0007262

| DADOS DO EMPENHO ORIGINAL |            |                  |                     |           |
|---------------------------|------------|------------------|---------------------|-----------|
| DATA EMISSÃO              | Nº EMPENHO | VALOR N.E. (R\$) | VALOR ANULADO (R\$) | TIPO      |
| 01/06/2026                | 01.06.0140 | 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:           | LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA                                            |     |                    |                        |
| ENDEREÇO:       | RUA LUIS DE FRANÇA FERREIRA, 868 - EXPEDITO DIÓGENES - JAGUARIBE CE |     |                    |                        |
| C P F...:       | 056.897.303-86                                                      | RG: | 20073324196 SSP-CE | NIT/PASEP: 20053789851 |
|                 |                                                                     |     |                    | Telefone:              |

| DADOS DA LIQUIDAÇÃO              |                                 |                                  |                                        |
|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------|
| DATA DA LIQUIDAÇÃO<br>03/06/2026 | 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                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DIÁRIA CONCEDIDA A(O) PROFISSIONAL LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA, PARA FAZER FACE AS DESPESAS COM DESLOCAMENTO A CIDADE DE FORTALEZA, PARA PARTICIPAR DE CURSO DE FORMAÇÃO DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. |

Jaguaribe, 3 de Junho de 2026

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE





# Prefeitura Municipal de Jaguaribe

DID: 50042026

## Nota de Solicitação de Liquidação

Pag: 1/1

**Fornecedor:** LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA

05689730386

**Endereço:** RUA LUIS DE FRANÇA FERREIRA, 868

**Bairro:** EXPEDITO DIÓGENES

**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:** 01060140 - Ordinário

**Nº Nota Fiscal:**

**Dt Emissão NF:** Não Informada

**Dt. Solicitação** 03/06/2026  
**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

DIÁRIA CONCEDIDA A(O) PROFISSIONAL LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA, PARA FAZER FACE AS DESPESAS COM DESLOCAMENTO A CIDADE DE FORTALEZA, PARA PARTICIPAR DE CURSO DE FORMAÇÃO DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

### Itens da Liquidação

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

Responsável pela elaboração

*Zilmara*  
Luzia Zilmara Santos Lima

Ordenador de Despesa

*Ianny*  
IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES

Avaliação e Visto

Técnico

Data



NOTA DE EMPENHO - Nº 01.06.0140

| DADOS DO EMPENHO |           |                           |             |          |
|------------------|-----------|---------------------------|-------------|----------|
| DATA EMISSÃO     | TIPO      | MODALIDADE / Nº LICITAÇÃO | Nº CONTRATO | DID      |
| 01/06/2026       | ORDINÁRIO | /                         |             | 50042026 |
| CENTRO DE CUSTO  |           |                           | OBS         |          |
| Diárias - Civil  |           |                           |             |          |

| 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 GERENCIAMRNT O 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                               | 2.490,00             | 50,00                  | 2.440,00          |

| DADOS DO CREDOR |                                                                     |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| NOME:           | LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA                                            |
| ENDEREÇO:       | RUA LUIS DE FRANÇA FERREIRA, 868 - EXPEDITO DIÓGENES - JAGUARIBE CE |
| C P F...:       | 056.897.303-86                                                      |
| RG:             | 20073324196 SSP-CE                                                  |
| NIT/PASEP:      | 20053789851                                                         |
| Telefone:       |                                                                     |

| HISTÓRICO DO EMPENHO                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| VALOR EMPENHADO PARA ATENDER DESPESAS COM DIÁRIA CONCEDIDA A(O) PROFISSIONAL LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA, PARA FAZER FACE AS DESPESAS COM DESLOCAMENTO A CIDADE DE FORTALEZA, PARA PARTICIPAR DE CURSO DE FORMAÇÃO DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. |

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 **01060140**. A(os) **1 de Junho 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:** 50042026

**Data:** 01/06/2026

**Fornecedor:** LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA

**CPF:** 056.897.303-86

**Endereço:** RUA LUIS DE FRANÇA FERREIRA, 868

**Bairro:** EXPEDITO DIÓGENES

**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 A(O) PROFISSIONAL LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA, PARA FAZER FACE AS DESPESAS COM DESLOCAMENTO A CIDADE DE FORTALEZA, PARA PARTICIPAR DE CURSO DE FORMAÇÃO DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

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**

| 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**

| Lucas Campos de Oliveira |                                                     |     |                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Cargo:                   | Psicólogo(a) - CBO: 251510                          |     |                                     |
| CPF:                     | ***.897.303-**                                      | RG: | 20073324196 - SSPDS/CE - 07/08/2009 |
| Conta bancária:          | Banco: 237 - Ag: 5394 - Conta: 00009385 - Tipo: 000 |     |                                     |

**Informações da Diária**

|                       |                                                                |                  |            |                    |   |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------|------------------|------------|--------------------|---|
| <b>Cidade\Estado:</b> | FORTALEZA\CE                                                   |                  |            |                    |   |
| <b>Orgão\Empresa:</b> | CENTRO DE APERFEIÇOAMENTO VISUAL VER A ESPERANÇA RENASCER - CA |                  |            |                    |   |
| <b>Data início:</b>   | 06/06/2026                                                     | <b>Data fim:</b> | 06/06/2026 | <b>Quantidade:</b> | 1 |

**Justificativa**

DIÁRIA CONCEDIDA A(O) PROFISSIONAL LUCAS CAMPOS DE OLIVEIRA, PARA FAZER FACE AS DESPESAS COM DESLOCAMENTO A CIDADE DE FORTALEZA, PARA PARTICIPAR DE CURSO DE FORMAÇÃO DE INTERESSE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

Jaguaribe / CE, quarta-feira, 03 de junho de 2026.

**Solicitante**

*Lucas Campos de Oliveira*  
**Lucas Campos de Oliveira**  
Psicólogo(a)

**Autorização**

*Ianny de Assis Dantas Diogenes*  
**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, **Lucas Campos de Oliveira**, 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 **06/06/2026 à 06/06/2026**, pela portaria Nº **26.06.03.0015/2026** 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, 03 de junho de 2026.*

**Lucas Campos de Oliveira**  
Psicólogo(a)

**JAGUARIBE**  
PREFEITURA  
NOVOS AVANÇOS, MAIS CONQUISTAS!

