

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0008789

DADOS DO EMPENHO ORIGINAL

| DATA EMISSÃO | Nº EMPENHO | VALOR N.E. (R\$) | VALOR ANULADO (R\$) | TIPO       |
|--------------|------------|------------------|---------------------|------------|
| 05/01/2026   | 05.01.0363 | 8.400,00         | 0,00                | ESTIMATIVO |

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 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: CLEDSON DA SILVA PEREIRA  
ENDEREÇO: AVENIDA VIRGILIO TAVORA N 427 - CENTRO - JAGUARIBE CE  
C P F...: 991.908.773-49 RG: 2001005022028 SSP-CE NIT/PASEP: 19035906201 Telefone:

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

|                                         |                                        |                                         |                                               |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------|
| DATA DA LIQUIDAÇÃO<br><b>27/07/2026</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. CLEDSON DA SILVA PEREIRA, 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, 27 de Julho de 2026



IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE





# Prefeitura Municipal de Jaguaribe

## Nota de Solicitação de Liquidação

DID: 59372026

Pag: 1/2

**Fornecedor:** CLEDSON DA SILVA PEREIRA

99190877349

**Endereço:** AVENIDA VIRGILIO TAVORA N 427

**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 Gerenciamento 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 - Civil

**Tipo Processo:** Dispensa

**No. Processo:** Contrato: - Licitação:

**Nº Empenho:** 05010363 - Estimativo

**Nº Nota Fiscal:**

**Dt Emissão NF:** Não Informada

**Dt. Solicitação** 27/07/2026  
**Liquidação:**

**Data Expedição:**

**Mês Referência:** JULHO

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

**Tipo de NF:**

**SubTipo de NF:**

**Série NF:**

**Pr. Autorização:**

**Ch. Verificação:**

**Ch. Acesso:**

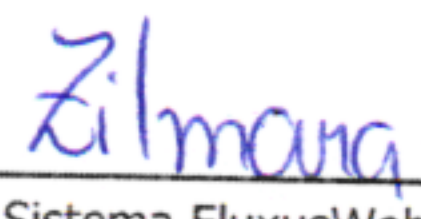
### Histórico da Liquidação

A CONCESSÃO DE DIVERSAS DIÁRIAS AO SR. CLEDSON DA SILVA PEREIRA, 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 Saúde  
CPF 007 894 143 17  
PORTARIA 004 2025

  
Sistema FluxusWeb





### 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

| Cledson da Silva Pereira |                                                     |     |                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Cargo:                   | Motorista B - CBO: 782305                           |     |                                     |
| CPF:                     | ***.908.773-**                                      | RG: | 2001005022028 - SSPCE/ - 29/03/2001 |
| Conta bancária:          | Banco: 237 - Ag: 5394 - Conta: 00008634 - Tipo: 000 |     |                                     |

#### Informações da Diária

|                       |                    |                    |            |
|-----------------------|--------------------|--------------------|------------|
| <b>Cidade\Estado:</b> | FORTALEZA\CE       |                    |            |
| <b>Orgão\Empresa:</b> | HOSPITAL CURA DARS |                    |            |
| <b>Data início:</b>   | 27/07/2026         | <b>Data fim:</b>   | 27/07/2026 |
|                       |                    | <b>Quantidade:</b> | 1          |

#### Justificativa

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL CLEDSON DA SILVA PEREIRA PARA CONDUZIR PACIENTES PARA REALIZAR CONSULTAS E/ OU EXAMES EM OUTRO MUNICÍPIO.

Jaguaribe / CE, segunda-feira, 27 de julho de 2026.

**Solicitante**

*Cledson da Silva Pereira*  
**Cledson da Silva Pereira**  
Motorista B

**Autorização**

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







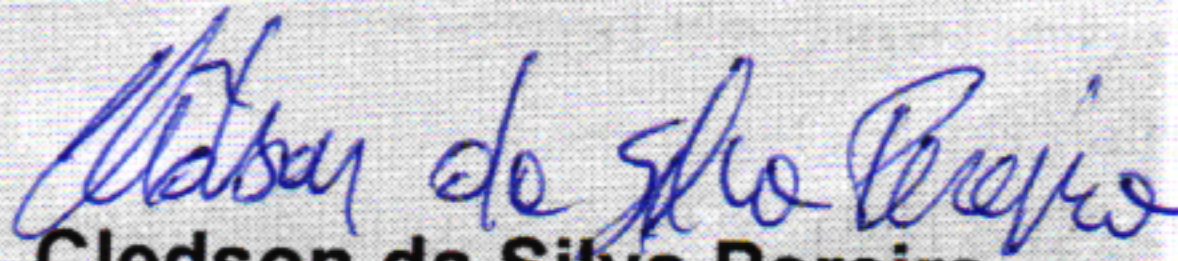
**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

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, **Cledson da Silva Pereira**, 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 **27/07/2026 à 27/07/2026**, pela portaria Nº **26.07.27.0005/2026** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, segunda-feira, 27 de julho de 2026.*

  
**Cledson da Silva Pereira**  
Motorista B

