

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0004070**

**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. 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:** 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**

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>DATA DA LIQUIDAÇÃO</b><br>22/04/2026 | <b>VALOR LIQUIDADO: (R\$)</b><br>50,00 | <b>VALOR DO DESCONTO: (R\$)</b><br>0,00 | <b>TIPO DA LIQUIDAÇÃO:</b><br>SEM NOTA FISCAL |
| <b>TIPO DA NOTA FISCAL:</b>             | <b>SUB TIPO DA NOTA FISCAL:</b>        | <b>Nº DA NOTA FISCAL:</b>               | <b>Nº DOS FORMULÁRIOS:</b>                    |
| <b>DATA DA EMISSÃO DA NOTA:</b>         | <b>DATA LIMITE PARA EXPEDIÇÃO:</b>     | <b>SÉRIE DA NOTA:</b>                   | <b>SÉRIE DO SELO DE AUTENTICIDADE:</b>        |
| <b>Nº DO PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO:</b>  | <b>SÉRIE DO SELO:</b><br>0             | <b>Nº DO SELO FISCAL:</b>               | <b>OBS:</b>                                   |
| <b>CHAVE DE ACESSO:</b>                 | <b>CHAVE DE VERIFICAÇÃO:</b>           |   |   |

**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, 22 de Abril de 2026

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

DID: 28782026

## 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 - Manutencao e Gerenciamrnto 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:** 05010364 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 22/04/2026  
**Liquidação:****Data Expedição:****Mês Referência:** ABRIL**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 MEDICOS ESPECIALIZADOS, EM DIVERSAS CLINICAS E HOSPITAIS.

**Itens da Liquidação**

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

Zilmara

Ianny de A Dantas Diogene  
Secretaria de Saude  
CPF 007 894 143 17  
PORTARIA 004 2025

Flavio de negreiros 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

| 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

| Joao Victor Oliveira Nunes |  |            |                                     |
|----------------------------|--|------------|-------------------------------------|
| <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>   | 18/04/2026                          | <b>Data fim:</b> | 18/04/2026 | <b>Quantidade:</b> | 1 |

### Justificativa

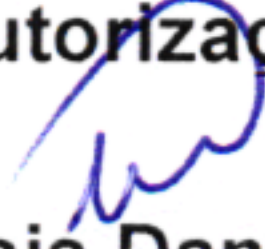
DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JOÃO VICTOR OLIVEIRA NUNES PARA CONDUZIR PACIENTES PARA REALIZAR CONSULTAS / EXAMES / INTERNAMENTO /ALTA MÉDICA EM OUTRO MUNICÍPIO.

Jaguaribe / CE, sábado, 18 de abril de 2026.

### Solicitante

  
Joao Victor Oliveira Nunes  
Motorista B

### 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=29317](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=29317)





### **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 **18/04/2026 à 18/04/2026**, pela portaria Nº **26.04.18.0001/2026** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, sábado, 18 de abril de 2026.*

**Joao Victor Oliveira Nunes**  
Motorista B

