

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0006483**

**DADOS DO EMPENHO ORIGINAL**

DATA EMISSÃO	Nº EMPENHO	VALOR N.E. (R\$)	VALOR ANULADO (R\$)	TIPO
01/06/2026	01.06.0105	250,00	0,00	ORDINÁRIO

**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 HOSPITALAR  
**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:** WALENYA ARRUDA BRAGA  
**ENDEREÇO:** RUA:SAVINO BARREIRA, S/N - CENTRO - JAGUARIBE CE  
**C P F...:** 955.438.133-68 **RG:** - **INSC.MUN.:** **Telefone:**

**DADOS DA LIQUIDAÇÃO**

<b>DATA DA LIQUIDAÇÃO</b> 12/06/2026	<b>VALOR LIQUIDADO: (R\$)</b> 250,00	<b>VALOR DO DESCONTO: (R\$)</b> 0,00	<b>TIPO DA LIQUIDAÇÃO:</b> 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> 0	<b>Nº DO SELO FISCAL:</b>	<b>OBS:</b>
<b>CHAVE DE ACESSO:</b>	<b>CHAVE DE VERIFICAÇÃO:</b>		

**HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO**

DIÁRIA CONCEDIDA A PROFISSIONAL WALENYA ARRUDA BRAGA, PARA PARTICIPAR DE CURSO BÁSICO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALAR – TURMA ARACATI. O EVENTO ACONTECERÁ NOS DIAS 15 A 19 DE JUNHO DE 2026, NA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP CE. – FORTALEZA/CE.

Jaguaribe, 12 de Junho de 2026

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe****Nota de Solicitação de Liquidação**

DID: 44802026

Pag: 1/2

**Fornecedor:** WALENYA ARRUDA BRAGA

95543813368

**Endereço:** RUA:SAVINO BARREIRA, S/N**Bairro:** CENTRO**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**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 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:** 01060105 - Ordinário**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 12/06/2026  
**Liquidação:****Data Expedição:****Mês Referência:** JUNHO**Vlr. Liquidação:** R\$250,00 (DUZENTOS E CINQUENTA REAIS)**Tipo de NF:****SubTipo de NF:****Série NF:****Pr. Autorização:****Ch. Verificação:****Ch. Acesso:****Histórico da Liquidação**

DIÁRIA CONCEDIDA A PROFISSIONAL WALENYA ARRUDA BRAGA, PARA PARTICIPAR DE CURSO BÁSICO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALAR – TURMA ARACATI. O EVENTO ACONTECERÁ NOS DIAS 15 A 19 DE JUNHO DE 2026, NA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP CE. – FORTALEZA/CE.

**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

NOTA DE EMPENHO - Nº 01.06.0105

DADOS DO EMPENHO

DATA EMISSÃO	TIPO	MODALIDADE / Nº LICITAÇÃO	Nº CONTRATO	DID
01/06/2026	ORDINÁRIO	/		44802026

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 GERENCIAMRNT0 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	2.740,00	250,00	2.490,00

DADOS DO CREDOR

NOME: WALENYA ARRUDA BRAGA  
ENDEREÇO: RUA:SAVINO BARREIRA, S/N - CENTRO - JAGUARIBE CE  
C P F...: 955.438.133-68 RG: - INSC.MUN.: Telefone:

HISTÓRICO DO EMPENHO

VALOR EMPENHADO PARA ATENDER DESPESAS COM DIÁRIA CONCEDIDA A PROFISSIONAL WALENYA ARRUDA BRAGA, PARA PARTICIPAR DE CURSO BÁSICO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALAR – TURMA ARACATI. O EVENTO ACONTECERÁ NOS DIAS 15 A 19 DE JUNHO DE 2026, NA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP CE. – FORTALEZA/CE.

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 **01060105**. 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: 44802026

Data: 01/06/2026

**Fornecedor:** WALENYA ARRUDA BRAGA**CPF:** 955.438.133-68**Endereço:** RUA:SAVINO BARREIRA, S/N**Bairro:** CENTRO**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 - 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 - Civil**Tipo Processo:** Dispensa**No. Processo:****Modalidade:** Ordinário**Valor do DID:** R\$250,00**Histórico**

DIÁRIA CONCEDIDA A PROFISSIONAL WALENYA ARRUDA BRAGA, PARA PARTICIPAR DE CURSO BÁSICO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALAR – TURMA ARACATI. O EVENTO ACONTECERÁ NOS DIAS 15 A 19 DE JUNHO DE 2026, NA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ – ESP CE. – FORTALEZA/CE.

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

<b>Secretaria da Saúde</b>	
<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

<b>Walenyá Arruda Braga</b>			
<b>Cargo:</b>	Enfermeiro(a) - CBO:		
<b>CPF:</b>	***.438.133-**	<b>RG:</b>	326910798 - SSPCE/ - 01/03/1998
<b>Conta bancária:</b>	Banco: 237 - Ag: 5394 - Conta: 00300145 - Tipo: 000		

#### Informações da Diária

<b>Cidade\Estado:</b>	FORTALEZA\CE				
<b>Orgão\Empresa:</b>	ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DO CEARA - ESP CE				
<b>Data início:</b>	15/06/2026	<b>Data fim:</b>	19/06/2026	<b>Quantidade:</b>	5

#### Justificativa

DIÁRIA CONCEDIDA A PROFISSIONAL WALENYA ARRUDA BRAGA, PARA PARTICIPAR DE CURSO BASICO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA HOSPITALAR - TURMA ARACATI. O EVENTO ACONTECERA NOS DIAS 15 A 19 DE JUNHO DE 2026, NA ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ - ESP CE. - FORTALEZA/CE.

Jaguaribe / CE, sexta-feira, 12 de junho de 2026.

#### Solicitante

*Walenyá A. Braga*  
**Walenyá Arruda Braga**  
Enfermeiro(a)

#### Autorização

*[Assinatura]*  
**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, **Walenyia Arruda Braga**, 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 **15/06/2026 à 19/06/2026**, pela portaria Nº **26.06.12.0007/2026** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

*Jaguaribe / CE, sexta-feira, 12 de junho de 2026.*

*Walenyia A. Braga*  
**Walenyia Arruda Braga**  
Enfermeiro(a)

**JAGUARIBE**  
P R E F E I T U R A  
NOVOS AVANÇOS, MAIS CONQUISTAS!

