

NOTA DE LIQUIDAÇÃO - Nº 0008026

| DADOS DO EMPENHO ORIGINAL |            |                  |                     |            |
|---------------------------|------------|------------------|---------------------|------------|
| DATA EMISSÃO              | Nº EMPENHO | VALOR N.E. (R\$) | VALOR ANULADO (R\$) | TIPO       |
| 05/01/2026                | 05.01.0382 | 1.500,00         | 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:           | JALES ALVES MARQUES          |                          |                                                |
| ENDEREÇO:       | MAPUA - MAPUA - JAGUARIBE CE |                          |                                                |
| C P F....:      | 061.259.383-52               | RG: 20073880978 SSPDS-CE | NIT/PASEP: 16181725599<br>Telefone: 8899624882 |

| DADOS DA LIQUIDAÇÃO             |                             |                          |                                 |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| DATA DA LIQUIDAÇÃO              | VALOR LIQUIDADO: (R\$)      | VALOR DO DESCONTO: (R\$) | TIPO DA LIQUIDAÇÃO:             |
| 10/07/2026                      | 50,00                       | 0,00                     | 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:              | Nº DO SELO FISCAL:       | OBS:                            |
|                                 | 0                           |                          |                                 |
| CHAVE DE ACESSO:                | CHAVE DE VERIFICAÇÃO:       |                          |                                 |

| HISTÓRICO DA LIQUIDAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A CONCESSÃO DE DIVERSAS DIÁRIAS AO SR. JALES ALVES MARQUES, OCUPANTE DO CARGO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM - CBO: 322205, 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, 10 de Julho de 2026

IANNY DE ASSIS DANTAS DIÓGENES  
LIQUIDANTE

**Prefeitura Municipal de Jaguaribe**

DID: 54302026

**Nota de Solicitação de Liquidação**

Pag: 1/2

**Fornecedor:** JALES ALVES MARQUES

06125938352

**Endereço:** MAPUA**Bairro:** MAPUA**Cidade:** Jaguaribe**UF:** CE**CEP:** 63475000**Telefone:** 8899624882**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:** 05010382 - Estimativo**Nº Nota Fiscal:****Dt Emissão NF:** Não Informada**Dt. Solicitação** 10/07/2026  
**Liquidação:****Data Expedição:****Mês Referência:** JULHO**Vir. 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. JALES ALVES MARQUES, OCUPANTE DO CARGO DE TÉCNICO DE ENFERMAGEM - CBO: 322205, 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 Diógenes  
Secretaria de Saúde  
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**

| Jales Alves Marques |                                                  |     |                                     |
|---------------------|--------------------------------------------------|-----|-------------------------------------|
| Cargo:              | Técnico(a) de Enfermagem - CBO:                  |     |                                     |
| CPF:                | ***.259.383-**                                   | RG: | 20073880978 - SSPDS/CE - 13/11/2009 |
| Conta bancária:     | Banco: 104 - Ag: 749 - Conta: 275381 - Tipo: 013 |     |                                     |

**Informações da Diária**

|                       |                             |                  |            |
|-----------------------|-----------------------------|------------------|------------|
| <b>Cidade\Estado:</b> | FORTALEZA\CE                |                  |            |
| <b>Orgão\Empresa:</b> | HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA |                  |            |
| <b>Data início:</b>   | 10/07/2026                  | <b>Data fim:</b> | 10/07/2026 |
| <b>Quantidade:</b>    | 1                           |                  |            |

**Justificativa**

DIÁRIA CONCEDIDA AO PROFISSIONAL JALES ALVES MARQUES PARA ACOMPANHAR PACIENTE GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO COM 2CM DE DILATAÇÃO ENCAMINHADA PARA O HGF.

Jaguaribe / CE, sexta-feira, 10 de julho de 2026.

**Solicitante**

**Jales Alves Marques**  
Técnico(a) de Enfermagem

**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=30355](http://www.jaguaribe.ce.gov.br/diariaslista.php?id=30355)





**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, **Jales Alves Marques**, 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 **10/07/2026 à 10/07/2026**, pela portaria Nº **26.07.10.0009/2026** 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, 10 de julho de 2026.*

**Jales Alves Marques**  
Técnico(a) de Enfermagem

Eu, **Jales Alves Marques**, 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 **10/07/2026 à 10/07/2026**, pela portaria Nº **26.07.10.0009/2026** 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, 10 de julho de 2026.*

**Jales Alves Marques**  
Técnico(a) de Enfermagem

