

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Fundo Municipal de Saúde

PROCESSO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA

DOC. CX : Nº 10040398
SUBEMPENHO 10040324
CREDOR: JOAO JOSIAS DE OLIVEIRA

EMPENHO :02010044
C.P.F./C.N.P.J. :165.656.223-53
DATA DO PAGAMENTO :10/04/2025
ÓRGÃO :06-Secretaria Municipal de Saúde
UNID. ORÇAMENTÁRIA:04-Fundo Municipal de Saúde
CLASSIFICAÇÃO :06 06. 10 302 0010 2.021 3.3.90.14.00

VALOR PAGO.....:R\$ 60,00

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Fundo Municipal de Saúde

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

ÓRGÃO.....	06	Secretaria Municipal de Saúde
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA.....	06 06	Fundo Municipal de Saúde
CLASSIFICAÇÃO 10 302 0010 2.021		Manutenção do Atendimento da Atenção Especializada
CATEGORIA ECONÔMICA 3.3.90.14.00		Diárias - civil
SUBELEMENTO 3.3.90.14.14		Diárias no estado
Subelemento SIM-CE..... 01		DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)
FONTE DE RECURSO..... 1500100200		Receita de imposto e transf. - Saúde

		D A D O S D O		E M P E N H O	
NOTA DE EMPENHO Nº	02010044	VALOR DO EMPENHO..	R\$ 7.200,00	TIPO DE LICITAÇÃO.	não aplicável -
DATA DO EMPENHO..	02/01/2025	MODALIDADE.....	estimativo		
SALDO ANTERIOR....	R\$ 6.000,00	VALOR PAGO.....	R\$ 60,00	SALDO DO EMPENHO..	R\$ 5.940,00

L I Q U I D A Ç Ã O				
DATA	NOTA DE LIQUIDAÇÃO	VALOR DA NF	PAGAMENTO ATUAL	NOTA FISCAL
13/03/2025	13030036	60,00	60,00	

Atestamos o recebimento
dos produtos / serviços

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

PAGUE-SE a importância
constante na presente nota

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

DOCUMENTO DE CAIXA Nº 10040398, de 10/04/2025

BANCO/FONTE
BB.....8.948-6 (F.M.S.)

CHEQ/REF
007612

VALOR
60,00

PALOMA PINHEIRO QUEIROZ
TESOUREIRA

Identificação do credor:

Credor.... JOAO JOSIAS DE OLIVEIRA
Endereço.. av. manuel de castro filho,1640,CENTRO-Jaguaretama-CE 63480-000
C.P.F..... 165.656.223-53
Identidade CI:96002163777 SSP CE

NOTA DE LIQUIDAÇÃO 13030036

Ceará
Governo Municipal de Jaguaretama
Fundo Municipal de Saúde
Exercício de 2025

DATA: 13/03/2025

1a. via

EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 02010044
DATA DO EMPENHO... 02/01/2025

VALOR..... R\$ 7.200,00
MODALIDADE.. estimativo

Credor.... JOAO JOSIAS DE OLIVEIRA
Endereço.. av. Manoel de Castro Filho, 1640, CENTRO-Jaguaratama-CE 63480-000
C.P.F..... 165.656.223-53
Identidade CI:96002163777 SSP CE

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 06 06.	Fundo Municipal de Saúde
FUNC.PROGRAMÁTICA 10 302 0010 2.021	Manutenção do Atendimento da Atenção Especializada
CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.14.00	Diárias - civil
SUBELEMENTO..... 3.3.90.14.14	Diárias no estado
Subelemento SIM-CE..... 01	DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)
FONTE DE RECURSO..... 1500100200	Receita de imposto e transf. - Saúde

DISCRIMINAÇÃO DE ITENS

quantidade	unidade especificação	valor unitário	valor total
1,0000	UNIDAD DIARIA - ALIMENTAÇÃO	60,00	60,00

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

VALOR LIQUIDADO: 60,00
HISTÓRICO.....: PORTARIA Nº25.03.13.0003/2025 - MOTIVO: ALIMENTAÇÃO POR OCASIÃO DA VIAGEM À CIDADE DE QUIXERAMOBIM-CE NO DIA 13/03/2025 PARA TRANSPORTAR A PACIENTE MARIA NILCE BEZERRA PARA HRSC.

Jaguaratama, 13 de Março de 2025.

1

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

NOTA DE SUBEMPENHO 10040324

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Fundo Municipal de Saúde
Exercício de 2025

DATA: 10/04/2025

Doc.Caixa: 10040398

1a. via

EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 02010044
DATA DO EMPENHO... 02/01/2025

VALOR..... R\$ 7.200,00
MODALIDADE.. estimativo

Credor.... JOAO JOSIAS DE OLIVEIRA
Endereço.. av. Manoel de Castro Filho, 1640, CENTRO-Jaguaratama-CE 63480-000
C.P.F..... 165.656.223-53
Identidade CI:96002163777 SSP CE

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 06 06.	Fundo Municipal de Saúde
FUNC.PROGRAMÁTICA 10 302 0010 2.021	Manutenção do Atendimento da Atenção Esp
	cializada
CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.14.00	Diárias - civil
SUBELEMENTO..... 3.3.90.14.14	Diárias no estado
Subelemento SIM-CE..... 01	DIARIAS - NO PAIS (DENTRO DO ESTADO)
FONTE DE RECURSO..... 1500100200	Receita de imposto e transf. - Saúde

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO - em R\$

SALDO ANTERIOR	VALOR SUBEMPENHADO	SALDO DISPONÍVEL
6.180,00	60,00	6.120,00

ESPECIFICAÇÃO:

VALOR SUBEMPENHADO (R\$)

Pagamento da NEE 02010044 emitida em 02/01/2025

60,00

Jaguaratama, 10 de Abril de 2025.

Autorizo

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA



Prefeitura Municipal de Jaguaratama

Rua: Tristão Gonçalves, Nº 185 - Centro - CEP: 63480-000 - Jaguaratama\CE
CNPJ: 07.442.825/0001-05 - Tel: (88) 3576-1305 - Site: www.jaguaratama.ce.gov.br

REQUISIÇÃO DE DIÁRIA

Informações da Secretaria

Secretaria de Saúde	
CNPJ:	11.285.246/0001-73
Endereço:	Rua Pedro Lemos Peixoto, 250 - Beira Rio - CEP: 63.480-000 - Jaguaratama\CE

Informações da Servidor

Joao Josias de Oliveira			
Cargo:	Motorista - CBO:		
CPF:	***.656.223-**	RG:	96002163777 - SSP/CE - 27/06/2001
Conta bancária:	Banco: 001 - Ag: 4514 - Conta: 00007612 - Tipo: 000		

Informações da Diária

Cidade\Estado:	QUIXERAMOBIM\CE			
Orgão\Empresa:	HRSC		Quantidade:	1
Data início:	13/03/2025	Data fim:	13/03/2025	

Justificativa

TRANSPORTAR O PACIENTE MARIA NILCE BEZERRA PARA HRSC.

Jaguaratama/CE, 13 de março de 2025.

Solicitante
Joao Josias de Oliveira
Motorista

Autorização
Francisca Airlene Dantas e Silva
Secretária Municipal de Saúde

Prefeitura Municipal de Jaguaratama
CNPJ: 07.442.825/0001-05
www.jaguaratama.ce.gov.br/diariaslista.php?id=7754





Prefeitura Municipal de Jaguaretama

Rua: Tristão Gonçalves, Nº 185 - Centro - CEP: 63480-000 - Jaguaretama\CE
CNPJ: 07.442.825/0001-05 - Tel: (88) 3576-1305 - Site: www.jaguaretama.ce.gov.br

FOLHA DE PAGAMENTO DA DIÁRIA

Quant. de diárias	Descrição	Valor Unitário R\$	Valor Total R\$
1	CONCESSÃO DE DIÁRIA DESTINADA A(O) SERVIDOR(A) ACIMA CITADO, PARA FAZER FACE AS DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO A CIDADE DE QUIXERAMOBIM/CE, NO DIA 13/03/2025, A FIM DE TRANSPORTAR O PACIENTE MARIA NILCE BEZERRA PARA HRSC.	60,00	60,00

Importa a presente folha de pagamento de 1 (uma) diaria no total de **R\$ 60,00, (sessenta reais)**.

CERTIFICO que a diaria, objetos da presente folha, foram autorizadas pela Portaria nº **25.03.13.0003/2025**.

Em favor do (a): JOAO JOSIAS DE OLIVEIRA

Ocupante do cargo: MOTORISTA

CPF: ***.656.223-**

Endereço: MANOEL DE CASTRO FILHO,, Nº 1640 - CENTRO, CEP: 63.480-000, Jaguaretama-CE.

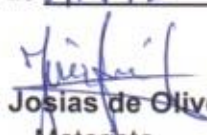
Jaguaretama/CE, 13 de março de 2025.

Responsável

QUITAÇÃO

Recebi a quantia de **R\$ 60,00, (sessenta reais)**, valor desta folha exarada para um só efeito legal.

Jaguaretama/CE, 10 de ABRIL de 2025.


Joao Josias de Oliveira
Motorista





Prefeitura Municipal de Jaguaratama

Rua: Tristão Gonçalves, Nº 185 - Centro - CEP: 63480-000 - Jaguaratama\CE
CNPJ: 07.442.825/0001-05 - Tel: (88) 3576-1305 - Site: www.jaguaratama.ce.gov.br

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **JOAO JOSIAS DE OLIVEIRA**, venho com o presente, me responsabilizar em comprovar a minha viagem conforme LEI MUNICIPAL 1.013/2019 - 26 DE FEVEREIRO DE 2019, pela entrega dos comprovantes relativos ao período **13/03/2025 à 13/03/2025**, pela portaria **Nº 25.03.13.0003/2025** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

Jaguaratama/CE, 13 de março de 2025.


Joao Josias de Oliveira
Motorista





PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARETAMA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ
SISTEMA LOCAL DE SAÚDE DE JAGUARETAMA



1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou treinamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: U.N.A.B.M. Município: Jaguarétama - CE
Distrito Sanitário: _____ Prontuário Nº _____
Nome: Maria Nilda Brito
Sexo: M ☐ F ☐ Idade: 67 anos Ocupação: _____
Endereço: _____ Bairro: _____ Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Doença crônica, com quadro de apatia
Resultado de Exames: Exames de sangue e urina em andamento
Conduta já realizada: _____
Impressão Diagnóstica: Não há
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 22.500 Função: _____ Data: 06.03.25 Hora: _____
AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Am. Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: RMN CR Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____
Município: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
Secundário 1 _____ CID: _____
Secundário 2 _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____
Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____/____/____