

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Fundo Municipal de Saúde

PROCESSO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA

DOC. CX : Nº 10040367
SUBEMPENHO 10040295
CREDOR: JAILSON SANTANA BARBOSA

EMPENHO :02010268
C.P.F./C.N.P.J. :537.900.655-87
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

NOTA DE PAGAMENTO

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Fundo Municipal de Saúde

1a. via

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 Esp
ecializada
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

DADOS DO EMPENHO		
NOTA DE EMPENHO Nº 02010268	VALOR DO EMPENHO.. R\$ 7.200,00	TIPO DE LICITAÇÃO. não aplicável -
DATA DO EMPENHO... 02/01/2025	MODALIDADE..... estimativo	
SALDO ANTERIOR.... R\$ 5.640,00	VALOR PAGO..... R\$ 60,00	SALDO DO EMPENHO.. R\$ 5.580,00

LIQUIDACÃO		
DATA	NOTA DE LIQUIDACÃO	VALOR DA NF
17/03/2025	17030052	60,00
		PAGAMENTO ATUAL
		60,00
		NOTA FISCAL

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 10040367, de 10/04/2025

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

CHEQ/REF
009643

VALOR
60,00

PALOMA PINHEIRO QUEIROZ
TESOUREIRA

Identificação do credor:

Credor.... JAILSON SANTANA BARBOSA
Endereço.. RUA RIACHO DO SANGUE, 422, CENTRO-Jaguaratama-CE 63480-000
C.P.F..... 537.900.655-87
Identidade CI:2003002257411 SSP CE

NOTA DE LIQUIDAÇÃO 17030052

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

DATA: 17/03/2025

1a. via

EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 02010268 VALOR..... R\$ 7.200,00
DATA DO EMPENHO... 02/01/2025 MODALIDADE.. estimativo

Credor.... JAILSON SANTANA BARBOSA
Endereço.. RUA RIACHO DO SANGUE,422,CENTRO-Jaguarétama-CE 63480-000
C.P.F..... 537.900.655-87
Identidade CI:2003002257411 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
eçializada
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 Nº25.03.17.0005/2025 - MOTIVO: ALIMENTAÇÃO POR
OCASIÃO DA VIAGEM À CIDADE DE FORTALEZA-CE NO DIA 16/03/2025
PARA TRANSPORTAR O PACIENTE EWERTON ANDERSON NERES LIMA PARA
HIAS.

Jaguarétama, 17 de Março de 2025.

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

NOTA DE SUBEMPENHO 10040295

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

DATA: 10/04/2025

Doc.Caixa: 10040367

1a. via

EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 02010268
DATA DO EMPENHO... 02/01/2025

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

Credor.... JAILSON SANTANA BARBOSA
Endereço.. RUA RIACHO DO SANGUE,422,CENTRO-Jaguaratama-CE 63480-000
C.P.F..... 537.900.655-87
Identidade CI:2003002257411 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 ecializada
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
5.940,00	60,00	5.880,00

ESPECIFICAÇÃO:

VALOR SUBEMPENHADO (R\$)

Pagamento da NEE 02010268 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

Jailson Santana Barbosa			
Cargo:	Motorista - CBO:		
CPF:	***.900.655-**	RG:	2003002257411 - SSP/CE - 04/12/2003
Conta bancária:	Banco: 001 - Ag: 4514 - Conta: 00009643 - Tipo: 000		

Informações da Diária

Cidade\Estado:	FORTALEZA\CE		
Orgão\Empresa:	HIAS		
Data início:	16/03/2025	Data fim:	16/03/2025
Quantidade:	1		

Justificativa

TRANSPORTAR EWERTON ANDERSON NERES LIMA PARA HIAS.
--

Jaguaratama/CE, 17 de março de 2025.

Solicitante

Jailson Santana Barbosa

Jailson Santana Barbosa
Motorista

Autorização

Francisca Airlene Dantas e Silva
Secretária Municipal de Saúde





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

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 FORTALEZA/CE, NO DIA 16/03/2025, A FIM DE TRANSPORTAR EWERTON ANDERSON NERES LIMA PARA HIAS.	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 **25.03.17.0005/2025**.

Em favor do (a): JAILSON SANTANA BARBOSA

Ocupante do cargo: MOTORISTA

CPF: *.900.655-****

Endereço: TEOFILO PEIXOTO, Nº 482 - CENTRO, CEP: 63.480-000, Jaguaratama-CE.

Jaguaratama/CE, 17 de março de 2025.

Responsável

QUITAÇÃO

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

Jaguaratama/CE, 10 de ABRIL de 2025.

Jailson Santana Barbosa
Jailson Santana Barbosa
Motorista

Prefeitura Municipal de Jaguaratama

CNPJ: 07.442.825/0001-05

www.jaguaratama.ce.gov.br/diariaslista.php?id=7802





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, **JAILSON SANTANA BARBOSA**, 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 **16/03/2025 à 16/03/2025**, pela portaria Nº **25.03.17.0005/2025** pois os mesmo não sendo entregues no prazo de 03 (três) dias após o termino das mesmas, imediatamente ressarcirei o valor concedido.

Jaguaratama/CE, 17 de março de 2025.


Jailson Santana Barbosa
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 retomar com a 1ª via à unidade de
Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: _____

Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐

Idade: _____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Dr. Alex M. Távares
Médico

CRM 37645

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Data: _____

Hora: _____

Unidade de Referência: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta _____

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 _____