

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Fundo Municipal de Saúde

PROCESSO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA

DOC. CX : Nº 12060164
SUBEMPENHO 12060164
CREDOR: ALEF JUNIOR DA SILVA

EMPENHO	:02010067
C.P.F./C.N.P.J.	:051.114.793-76
DATA DO PAGAMENTO	:12/06/2026
ÓRGÃO	:06-Secretaria Municipal de Saúde
UNID. ORÇAMENTÁRIA	:04-Fundo Municipal de Saúde
CLASSIFICAÇÃO	:06 06. 10 302 0052 2.032 3.3.90.14.00

VALOR PAGO.....:R\$ 120,00

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 0052 2.032 Gerenciamento das ASPS - Custeio / MAC (OCA-NE)
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 02010067 VALOR DO EMPENHO.. R\$ 7.200,00 TIPO DE LICITAÇÃO. não aplicável -
DATA DO EMPENHO... 02/01/2026 MODALIDADE..... estimativo
SALDO ANTERIOR.... R\$ 4.320,00 VALOR PAGO..... R\$ 120,00 SALDO DO EMPENHO.. R\$ 4.200,00

LIQUIDAÇÃO
DATA 25/05/2026 NOTA DE LIQUIDAÇÃO 25050010 VALOR DA NF 120,00 PAGAMENTO ATUAL 120,00 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 12060164, de 12/06/2026

BANCO/FONTE BB.....8.948-6 (F.M.S.) CHEQ/REF 043268 VALOR 120,00

PALOMA PINHEIRO QUEIROZ
TESOUREIRA

Identificação do credor:

Credor.... ALEF JUNIOR DA SILVA
Endereço.. VER. DEMETRIO GARCIA, CENTRO-Jaguaribara-CE 63490-000
C.P.F..... 051.114.793-76
Identidade CI:2007282465-9 SSP CE

NOTA DE LIQUIDAÇÃO 25050010

Ceará
Governo Municipal de Jaguarétama
Fundo Municipal de Saúde
Exercício de 2026

DATA: 25/05/2026

1a. via

EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 02010067
DATA DO EMPENHO... 02/01/2026

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

Credor.... ALEF JUNIOR DA SILVA
Endereço.. VER. DEMETRIO GARCIA, CENTRO-Jaguaribara-CE 63490-000
C.P.F..... 051.114.793-76
Identidade CI:2007282465-9 SSP CE

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA...	06 06.	Fundo Municipal de Saúde
FUNC. PROGRAMÁTICA 10 302 0052 2.032		Gerenciamento das ASPS - Custeio / MAC (OCA-NE)
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

Item	quantidade	unidade	código especificação	valor unitário	valor total
001	2,0000	UNIDAD	050315 DIARIA - ALIMENTAÇÃO	60,00	120,00

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

VALOR LIQUIDADO: 120,00
HISTÓRICO.....: PORTARIA Nº 26.05.25.0004/2026 - MOTIVO: ALIMENTAÇÃO POR OCASIÃO DA VIAGEM À CIDADE DE LIMOEIRO DO NORTE-CE NO PERÍODO DE 24/05 A 25/05/2026 PARA TRANSPORTAR PACIENTES.

Jaguarétama, 25 de Maio de 2026.

7
FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

NOTA DE SUBEMPENHO 12060164

DATA: 12/06/2026

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Fundo Municipal de Saúde
Exercício de 2026

Doc.Caixa: 12060164

1a. via

EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 02010067
DATA DO EMPENHO... 02/01/2026

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

Credor.... ALEF JUNIOR DA SILVA
Endereço.. VER. DEMETRIO GARCIA, CENTRO-Jaguaribara-CE 63490-000
C.P.F..... 051.114.793-76
Identidade CI:2007282465-9 SSP CE

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA...	06 06.	Fundo Municipal de Saúde
FUNC.PROGRAMÁTICA 10 302 0052 2.032		Gerenciamento das ASPS - Custeio / MAC (OCA-NE)
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
4.320,00	120,00	4.200,00

VALOR SUBEMPENHADO (R\$)

ESPECIFICAÇÃO:

Pagamento da NEE 02010067 emitida em 02/01/2026

120,00

Jaguaratama, 12 de Junho

de 2026.

Autorizo

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA



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

FICHA DE REFERÊNCIA



2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª. via à unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Município: _____

Distrito Sanitário: _____

Prontuário Nº 4138689

Nome: Ana Amélia de Jesus Lima

Sexo: M ☐ F ☒

Idade: 46a

Ocupação: _____

Bairro: _____

Tel: 83/9808454

Endereço: _____

Motivo do Encaminhamento:

Ocorrência necessária de exame para investigação - Paciente com dor lombar, intensidade de 10/10, região lombar.

Resultado de Exames:

Uso de exame total (17/05/26) - sem dor no conteúdo medular, com vascularização normal medular 34x34x33mm

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Nódulo em sumo

Assinatura do Encaminhante - N.º. Registro

Assinatura do Encaminhante - N.º. Registro

Função

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☒

Procedimento: TC de sumo e áreas adjacentes

Profissional: _____

Data: _____

Hora: _____

Unidade de Referência: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Prontuário Nº _____

Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

Secundário 2

CID: _____

CID: _____

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 - N.º. Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE REFERENCIA

Jaguaretama

Unidade de Origem: _____ Município: _____
 Distrito Sanitário: _____ Prontoário Nº: _____
 Nome: _____ Idade: 36a Ocupação: _____
 Sexo: M ☒ F ☐ Bairro: _____
 Endereço: _____

Motivo do Encaminhamento: 36 anos, melhora do seu joelho direito, associado a alguma
 Resultado de Exames: _____

Condição da referência: _____
 Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____
 AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
 Procedimento: _____ Profissional: _____
 Unidade de Referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERENCIA

Unidade de Referência: _____
 Município: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____
 Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Condição Realizada: _____
 Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justifica a referência? Sim ☐ Não ☐
 O exame da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐
 Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____ Função _____
 Data _____ Hora _____

12/06/2026, 11:38

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome PM JAGUARETAMA-FUS
Agência 4514-4
Conta corrente 8948-6

Creditado

Nome ALEF JUNIOR DA SILVA
Agência 3474-6
Conta corrente 43268-7
Valor 600,00
Destinação 0

Data Nesta data

12/06/2026 09:36:06

Assinada por JB492085 FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA

12/06/2026 11:38:53

JB492079 PALOMA PINHEIRO QUEIROZ

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB492079 PALOMA PINHEIRO QUEIROZ.



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

PORTARIA Nº 26.05.25.0004/2026

O(A) SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA,
no uso das suas atribuições legais, conforme LEI MUNICIPAL 1.013/2019 - 26 DE
FEVEREIRO DE 2019

RESOLVE:

Art. 1º CONCEDER a(o) senhor(a) **ALEF JUNIOR DA SILVA**, ocupante do cargo de **MOTORISTA**, pertencente a(o) **Secretaria de Saúde**, 2 (duas) diárias, **CONCESSÃO DE DIÁRIAS DESTINADAS AO SERVIDOR(A) ACIMA CITADO, PARA FAZER FACE AS DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO A CIDADE DE LIMOEIRO DO NORTE/CE, NO PERÍODO DE 24/05/2026 À 25/05/2026, A FIM DE TRANSPORTAR PACIENTES PARA CONSULTA ESPECIALIZADA/TRANSFERENCIA/ALTA HOSPITALAR CONFORME DOCUMENTO/S EM ANEXO.**

I - O valor unitário da diária que se refere o caput deste artigo corresponde a R\$ 60,00 (sessenta reais), totalizando R\$ 120,00 (cento e vinte reais).

II - Local Limoeiro do Norte/CE, Limoeiro do Norte no período de 24/05/2026 a 25/05/2026.

Art. 2º A presente Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Art. 3º Registre-se, Publique-se e Cumpra-se

Jaguaratama / CE, segunda-feira, 25 de maio de 2026

Francisca Airlene Dantas e Silva
Secretária Municipal de Saúde

