

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Prefeitura Municipal de Jaguaratama

PROCESSO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA

DOC. CX : Nº 10020128
SUBEMPENHO 10020062
CREDOR: CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA

EMPENHO : 02010113
C.P.F./C.N.P.J. : 506.734.673-68
DATA DO PAGAMENTO : 10/02/2020
ÓRGÃO : 06-Secretaria Municipal de Saúde
UNID. ORÇAMENTÁRIA: 04-Fundo Municipal de Saúde
CLASSIFICAÇÃO : 06 06. 10 302 1003 2.032 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 1003 2.032 Manut. Atendimento Ambulatorial Hospitalar e Serv. Promoção de Acesso
CATEGORIA ECONÔMICA 3.3.90.14.00 Diárias - civil
FONTE DE RECURSO..... 100100000 Recurso Ordinário

DADOS DO EMPENHO

NOTA DE EMPENHO Nº 02010113 VALOR DO EMPENHO.. R\$ 3.000,00 TIPO DE LICITAÇÃO. não aplicável -
DATA DO EMPENHO... 02/01/2020 MODALIDADE..... estimativo
SALDO ANTERIOR.... R\$ 2.940,00 VALOR PAGO..... R\$ 60,00 SALDO DO EMPENHO.. R\$ 2.880,00

LIQUIDAÇÃO

DATA 07/01/2020 NOTA DE LIQUIDAÇÃO 07010009 VALOR DA NF 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 10020128, de 10/02/2020

BANCO/FONTE BB.....8.948-6 (F.N.S.) CHEQ/REF 009605 VALOR 60,00

PALOMA PINHEIRO QUEIROZ
TESOUREIRA

Identificação do credor:

Credor.... CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
Endereço.. TRAVESSA FRADE, 579, CENTRO-Jaguaratama-CE 63480-000
C.P.F..... 506.734.673-68
Identidade CI:96002441998 SSP CE

NOTA DE LIQUIDAÇÃO 07010009

Ceará
Governo Municipal de Jaguaratama
Fundo Municipal de Saúde
Exercício de 2020

DATA: 07/01/2020

1a. via

EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 02010113 VALOR..... R\$ 3.000,00
DATA DO EMPENHO... 02/01/2020 MODALIDADE.. estimativo

Credor.... CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
Endereço.. TRAVESSA FRADE, 579, CENTRO-Jaguaratama-CE 63480-000
C.P.F..... 506.734.673-68
Identidade CI:96002441998 SSP CE

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 06 06. Fundo Municipal de Saúde
FUNC. PROGRAMÁTICA 10 302 1003 2.032 Manut. Atendimento Ambulatorial Hospitalar e Serv. Promoção de Acesso
CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.14.00 Diárias - civil
FONTE DE RECURSO..... 1001000000 Recurso Ordinário

DISCRIMINAÇÃO DE ITENS

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

DADOS DA LIQUIDAÇÃO

VALOR LIQUIDADO: 60,00
HISTÓRICO.....: PORTARIA Nº022/2020 - MOTIVO: ALIMENTAÇÃO POR OCASIÃO DA VIAGEM À CIDADE DE FORTALEZA-CE NO DIA 07/01/2020 PARA TRANSPORTAR A PACIENTE FRANCISCA JOSIALDA PEIXOTO PARA UMA CONSULTA ESPECIALIZADA.

Jaguaratama, 07 de Janeiro de 2020.

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

NOTA DE SUBEMPENHO 10020062

Ceará
Governo Municipal de Jaguaretama
Fundo Municipal de Saúde
Exercício de 2020

DATA: 10/02/2020

Doc. Caixa: 10020128 1a. via

EMPENHO ORIGINAL

NOTA DE EMPENHO... 02010113 VALOR..... R\$ 3.000,00
DATA DO EMPENHO... 02/01/2020 MODALIDADE.. estimativo

Credor.... CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
Endereço.. TRAVESSA FRADE, 579, CENTRO-Jaguaretama-CE 63480-000
C.P.F..... 506.734.673-68
Identidade CI:96002441998 SSP CE

CLASSIFICAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

UNIDADE ORÇAMENTÁRIA..... 06 06. Fundo Municipal de Saúde
FUNC.PROGRAMÁTICA 10 302 1003 2.032 Manut.Atendimento Ambulatorial Hospitalar e Serv.Promoção de Acesso
CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.14.00 Diárias - civil
FONTE DE RECURSO..... 1001000000 Recurso Ordinário

DEMONSTRATIVO DA DOTAÇÃO - em R\$

SALDO ANTERIOR VALOR SUBEMPENHADO SALDO DISPONÍVEL
2.940,00 60,00 2.880,00

ESPECIFICAÇÃO: VALOR SUBEMPENHADO (R\$)
Pagamento da NEE 02010113 emitida em 02/01/2020 60,00

Jaguaretama, 10 de Fevereiro de 2020.

Autorizo



EMPENHADOR



FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
SECRETÁRIA

NOTA DE EMPENHO 02010113

Ceará
 Governo Municipal de Jaguaratama
 Fundo Municipal de Saúde
 Exercício de 2020

Data: 02/01/2020

Modalidade: estimativo 1a. via

I N T E R E S S A D O

Credor.... CARLOS ALBERTO GOMES DA SILVA
 Endereço.. TRAVESSA FRADE, 579, CENTRO-Jaguaratama-CE 63480-000
 C.P.F..... 506.734.673-68
 Identidade CI:96002441998 SSP CE

C L A S S I F I C A Ç Ã O O R Ç A M E N T Á R I A

Unidade orçamentária... 06 06 Fundo Municipal de Saúde
 Func.programática 10 302 1003 2.032 Manut.Atendimento Ambulatorial Hospitala
 r e Serv.Promoção de Acesso
 Categoria econômica.... 3.3.90.14.00 Diárias - civil
 Fonte de recurso..... 1001000000 Recurso Ordinário

Origem dos recursos.... Despesa fixada

Processo de compra..... não aplicável

D E M O N S T R A T I V O D A D O T A Ç Ã O em R\$

Saldo anterior	Valor empenhado	saldo disponível
37.800,00	3.000,00	34.800,00

Autorizamos o fornecimento dos materiais ou execução dos serviços, obedecidas as condições e especificações constantes desta NOTA DE EMPENHO.

Histórico..: Valor que se empenha para fazer face às despesas com a CONCESSÃO DE DIÁRIAS POR MOTIVO DE VIAGEM A SERVIÇO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAGUARATAMA/CE NO EXERCICIO FINANCEIRO DE 2020.

Item	Quantidade	Unid.	Código	Especificação da despesa	Valor unitário	Valor total (R\$)
001	50,0000	UNIDAD	050315	DIARIA - ALIMENTAÇÃO	60,00	3.000,00

Jaguaratama, 02 de Janeiro de 2020.

Autorizo

mpur
 EMPENHADOR

[Assinatura]
 FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA
 SECRETÁRIA

Ofício nº 022/2020

Jaguaretama, 07 de Janeiro de 2020

A
SECFINADMIN - Setor Financeiro
Paloma Pinheiro de Queiroz - Tesoureira Geral
Rua Tristão Gonçalves, nº 185, Centro
Jaguaretama - Ceará

ASSUNTO: PEDIDO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS

Com base no estabelecido na Lei Municipal de nº 1.013/2019, de 26 de fevereiro do corrente ano, solicito de V.Sª. o repasse de valores decorrentes do custeio com despesas, conforme dados descritos abaixo:

DADOS DO SERVIDOR:

Nome: Carlos Alberto Gomes Silva

Função: Motorista

Banco: Brasil

Agência: 4514-4

Conta Corrente: 9605-9

TIPOS DE DESPESA:			
DIÁRIA	X	AJUDA DE CUSTO	
ALIMENTAÇÃO	X	ALIMENTAÇÃO	
HOSPEDAGEM		HOSPEDAGEM	

Quantidade: 01

Período: 07/01/2020

Órgão e/ou Cidade (destino) da Despesa (evento): Fortaleza/ Alta Hospitalar.

Fonte de Recurso: Próprio

MOTIVO DE PARTICIPAÇÕES EM EVENTOS:

REUNIÕES		PALESTRAS		SEMINÁRIOS		PREMIAÇÕES
CAPACITAÇÕES		TREINAMENTOS		COMPETIÇÕES		ASSEMBLÉIAS
COND. SERVIDORES	X	TRANSP. PACIENTES		CONFERÊNCIA		ACOMP. PACIENTES

OUTROS (DETALHAR):

*** Obs.: marcar mais de uma participação, se for o caso.

DESLOCAMENTO: TRANSPORTE DO MUNICÍPIO			
SIM	X	NÃO	
VEÍCULO PRÓPRIO - DADOS:			
MARCA:		ANO FAB/MOD.:	
TIPO DE COMBUSTÍVEL:			
PLACA: XXXXXX	KM PERCORRIDO:	VALOR:	
DESLOCAMENTO POR PASSAGEM:		SIM	NÃO X

Sem mais para o momento, reitero votos de estima e sucesso.

Cordialmente,

Assinatura do Secretário

RECEBIDO EM:

07/01/2019

AS 09:20h