

Ceará  
Governo Municipal de Jaguaratama  
Prefeitura Municipal de Jaguaratama

PROCESSO DE DESPESA ORÇAMENTÁRIA

DOC. CX : Nº 10020141  
SUBEMPENHO 10020075  
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..... 1001000000 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\$ 2.580,00 VALOR PAGO..... R\$ 60,00 SALDO DO EMPENHO.. R\$ 2.520,00

## LIQUIDAÇÃO

DATA 23/01/2020 NOTA DE LIQUIDAÇÃO 23010005 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 10020141, de 10/02/2020

BANCO/FONTE CHEQ/REF VALOR  
BB.....8.948-6 (F.M.S.) 009605 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 23010005

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

DATA: 23/01/2020

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-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 Hospitala  
r e Serv.Promoção de Acesso  
CATEGORIA ECONÔMICA.... 3.3.90.14.00 Diárias - civil  
FUNTE DE RECURSO..... 1001000000 Recurso Ordinário

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 Nº065/2020 - MOTIVO: ALIMENTAÇÃO POR OCASIÃO DA VIAGEM À CIDADE DE FORTALEZA-CE NO DIA 23/01/2020 PARA TRANSPORTAR A PACIENTE MARIA ELEONEIDE A. CORREIA PARA UMA CONSULTA ESPECIALIZADA.

Jaguaretama, 23 de Janeiro de 2020.

FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA  
SECRETÁRIA

NOTA DE SUBEMPENHO 10020075

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

DATA: 10/02/2020

Doc.Caixa: 10020141 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 Hospitala  
r 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  
2.580,00 60,00 2.520,00

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

Jaguaratama, 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 Hospitalar e Serv.Promoção de Acesso  
Categoria econômica.... 3.3.90.14.00 Diárias - civil  
Fonte de recurso..... 100100000 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
37.200,00	3.000,00	34.200,00

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 EXERCÍCIO 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

  
EMPENHADOR

  
FRANCISCA AIRLENE DANTAS E SILVA  
SECRETÁRIA

Ofício nº 065/2020

Jaguaratama, 23 de Janeiro de 2020

A  
SECFINADMIN - Setor Financeiro  
Paloma Pinheiro de Queiroz - Tesoureira Geral  
Rua Tristão Gonçalves, nº 185, Centro  
Jaguaratama - 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: 23/01/2020

Órgão e/ou Cidade (destino) da Despesa (evento): Fortaleza/ Consulta Especializada.

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.

<b>DESLOCAMENTO: TRANSPORTE DO MUNICÍPIO</b>			
SIM	X	NÃO	
<b>VEÍCULO PRÓPRIO – DADOS:</b>			
MARCA:	ANO FAB./MOD.:		
TIPO DE COMBUSTÍVEL:			
PLACA: XXXXX	KM PERCORRIDO:	VALOR:	
<b>DESLOCAMENTO POR PASSAGEM:</b>	SIM	NÃO	X

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

Cordialmente,

Assinatura do Secretário

RECEBIDO EM:

23/01/2020

AS 10:01h

J