





Estado do Maranhão
Prefeitura Municipal de Colinas
GABINETE DO PREFEITO

| Cargo | No Estado | | Outros Estados | | Capital Federal |
|--|------------|--------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| | Capital | Demais Localidades | Capital | Demais Localidades | |
| • PREFEITO • VICE-PREFEITO | R\$ 350,00 | R\$ 200,00 | R\$ 500,00 | R\$ 350,00 | R\$ 650,00 |
| • SECRETÁRIO MUNICIPAL • CHEFE DE GABINETE • PROCURADOR • CONTROLADOR • ASSESSOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAL E PLANEJAMENTO | R\$ 250,00 | R\$ 165,00 | R\$ 330,00 | R\$ 200,00 | R\$ 385,00 |
| • DIRETOR DE DEPARTAMENTO • COORDENADOR | R\$ 230,00 | R\$ 115,00 | R\$ 230,00 | R\$ 170,00 | R\$ 345,00 |
| • DEMAIS SERVIDORES | R\$ 200,00 | R\$ 100,00 | R\$ 270,00 | R\$ 135,00 | R\$ 270,00 |

Art. 5º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas todas as disposições em contrário.

GABINETE DA PREFEITA MUNICIPAL DE COLINAS, ESTADO DO MARANHÃO, AO VIGÉSIMO PRIMEIRO DIA DO MÊS DE FEVEREIRO DE DOIS MIL E DEZESSETE.


Valmira Miranda da Silva Barroso
Prefeita Municipal

| | | | | |
|--|---|---|---|---------------------------------|
| Tipo de Empenho: OR - Ordinário | | Processo Nº: | Nº Empenho: 509009 | |
| Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | Ficha: 160 | Data da Emissão: 09/05/2024 | |
| Função: SubFunção: Programa: Tipo Sequência: Ação: 10 122 2060 2030 Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde | | | | |
| SubAção: Descrição: | | | | |
| Natureza da Despesa: 3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL | | | | |
| SubElemento (STN)/Conta PCASP: 3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL | | | | |
| Credor: LAISSA DE SOUSA SILVA | | | | |
| CNPJ/CPF: 060.183.023-73 | | Inscrição Estadual/RG: | | |
| Endereço: | | Telefone: | | |
| Cidade: | | CEP: | UF: MA | |
| Descrição do Empenho: VALOR QUE SE EMPENHA PARA OCORRER A DESPESA COM: CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM DO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARA PARTICIPAR DO "II CONGRESSO DE AUTISMO" EM SÃO LUIS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 02 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 09 A 10 DE MAIO DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE NUTRIOCISTA, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO. | | | | |
| Documento Fiscal OUTROS | | Valor Total: 400,00 | | |
| Valor do documento por extenso: quatrocentos reais ***** | | | | |
| Modalidade da Licitação: DISPENSA | Nº Processo Licitatorio | PROCESSO | Fonte: 00 - Recursos Ordinários | |
| Ficha: 160 | Empenhado até a Data: 18.965,00 | Saldo Anterior: 3.035,00 | Importância: 400,00 | Saldo Atual: 2.635,00 |
| DADOS ORÇAMENTÁRIOS: 05 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE 10 Saúde 122 Administração Geral 2060 Gestão da Secretaria Municipal de Saúde 2030 Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde 3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL | | | Reservado / Órgão de Controle: | |
| Autorizo o Empenho dessa Despesa: Em: 09/05/2024 | | Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio: Em: 09/05/2024 | | |
|  IVAN PRUDÊNCIO DA SILVA Assessor de Relações Instituc. e Planejamento | |  BRUNO SOARES DE OLIVEIRA Contador CRC 013306/O-9 | | |

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS

06113682/0001-25

PRAÇA DIAS CARNEIRO 402

NOTA DE LIQUIDAÇÃO
509009 / 1

| | | | |
|--------------------------------|------------|------------------|----------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº 1 | FICHA: 160 | DATA: 09/05/2024 | REQUISIÇÃO Nº: |
|--------------------------------|------------|------------------|----------------|

| | | |
|---------------------|-------------------|------------------------|
| LICITAÇÃO: DISPENSA | DOCUMENTO: OUTROS | VENCIMENTO: 09/05/2024 |
|---------------------|-------------------|------------------------|

| | | |
|-----------------------------|----------------|--------------|
| NOME: LAISSA DE SOUSA SILVA | 060.183.023-73 | CÓDIGO: 3643 |
| ENDEREÇO: | | |

| FONTE DE RECURSO | DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO | VALOR TOTAL |
|--|---|---|
| 1 Recursos do Exercício Corrente 500 Recursos não Vinculados de Impostos 00 Recursos Ordinários 001 Ordinário 001 Recursos Próprios do Município | CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM DO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARA PARTICIPAR DO "II CONGRESSO DE AUTISMO" EM SÃO LUIS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 02 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 09 A 10 DE MAIO DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE NUTRICIONISTA, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO. | Liquido 400,00 Desconto 0,00 |

| | | |
|----|-------------|---------------|
| OR | SOMA | 400,00 |
|----|-------------|---------------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|---|---|
| 02 05 3.3.90.14.00 10.122.2060.2030.0000 | PODER EXECUTIVO SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIÁRIAS - CIVIL Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 400,00 | 400,00 | 400,00 | 0,00 |

| | |
|-----------------------------|---------------|
| VALOR A SER PAGO R\$ | 400,00 |
| quatrocentos reais ***** | |
| *** | |

| | |
|-----------|--------------------------------|
| DESCONTOS | |
| | |
| | TOTAL DE DESCONTOS 0,00 |

LIQUIDAÇÃO AUTORIZADA EM 09/05/2024

A DESPESA REFERENTE A ESTA LIQUIDAÇÃO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.

_____ DATA _____

| | |
|------------------------------|--|
| EMITIDO EM | ORDEM DE PAGAMENTO. PAGUE-SE: |
| _____ DATA _____ VISTO _____ | _____ DATA _____ <i>Traci</i> ORDENADOR DA DESPESA |

| | | | | |
|-----------------|-------|--------|-------|--|
| DESPESA PAGA EM | | | | RECIBO RECEBI(EMOS) O VALOR CONSTANTE DESTA LIQUIDAÇÃO |
| BANCO | CONTA | CHEQUE | VALOR | |
| | | | | |
| | | | | |
| _____ | | | | NOME: CNPJ/CPF: |

| | | | |
|-------------------|--|---|-------|
| FICHA: Nº: 160 | DADOS DA ORDEM DE PAGAMENTO: Nº: 509006 Data: 09/05/2024 | DADOS DO EMPENHO: Nº: 509009 Data: 09/05/2024 | TIPO: |
|-------------------|--|---|-------|

Credor.: **LAISSA DE SOUSA SILVA**

CNPJ: 060.183.023-73

Endereço:

CEP:

Cidade..:

Cod: 3643

| | | |
|------------------------------|-----|--------|
| IMPORTANCIA BRUTA DE | R\$ | 400,00 |
| DESCONTOS..... | R\$ | 0,00 |
| IMPORTANCIA LÍQUIDA DE | R\$ | 400,00 |

LIQUIDADADA A DESPESA EM:
09/05/2024

PAGUE-SE EM:
09/05/2024

PAGO EM:
09/05/2024

Ipsil
 IVAN PRUDÊNCIO DA SILVA
 Assessor de Relações Instituc. e Planejamento

JALDO HENRIQUE PEREIRA
 SECRETARIA DE FINANÇAS

HISTÓRICO

CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM DO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL PARA PARTICIPAR DO "II CONGRESSO DE AUTISMO" EM SÃO LUIS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 02 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 09 A 10 DE MAIO DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE NUTRIOCISTA, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO.

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA

| | |
|--------------|--|
| 02 | PODER EXECUTIVO |
| 020500 | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |
| 10 | Saúde |
| 122 | Administração Geral |
| 2060 | Gestão da Secretaria Municipal de Saúde |
| 2030 | Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde |
| 3.3.90.14.00 | DIÁRIAS - CIVIL |

CONTROLE DE PAGAMENTO

| | | | | | |
|---------------|--------|-------|-------|--------|-------------|
| Valor Bruto | 400,00 | Banco | Conta | Cheque | Valor R\$ |
| | | 001 | 175-9 | | RR\$ 400,00 |
| Valor Líquido | 400,00 | | | | |

RECIBO

RECEBI DA ,PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS

A IMPORTÂNCIA DE R\$

400,00

(quatrocentos reais) *****

DATA: 09/05/2024

DOCUMENTO ANEXO

Credor.: **LAISSA DE SOUSA SILVA**

CNPJ/CPF: **060.183.023-73**

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome PREF MUNIC COLINAS IMPOST
Agência 1312-9
Conta corrente 175-9

Creditado

Nome LAISSA DE SOUSA SILVA
Agência 1312-9
Conta corrente 23265-3
Valor 400,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JB529848 JALDO HENRIQUE PEREIRA 09/05/2024 16:05:12
JB530611 VALMIRA MIRANDA DA SILVA BARROSO 09/05/2024 16:14:32

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB530611 VALMIRA MIRANDA DA SILVA BARROSO.



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça do Mercado Central, nº74, Centro- CEP: 65.690-000
CNPJ: 11.296.379/0001-45

Ofício nº 138 /2024 - SEMUS

Colinas- MA, 09 de Maio de 2024.

Senhor Secretário,

Venho pelo presente solicitar a V. Sa., a concessão de 02 (duas) diárias, para a Sra. Laíssa de Sousa Silva, **Participar II Congresso AUTISMO**. em São Luís – MA, no período de 09 e 10 de Maio de 2024. Segue em anexo o pedido de Concessão de Diárias.

Os recursos orçamentários para atender as despesas ocorrerão por conta da Unidade Orçamentária:

Fonte de Recursos: Recurso Próprio
UNIDADE ORÇAMENTÁRIA: Fundo Municipal de Saúde de Colinas
PROJETO ATIVIDADE: Fundo Municipal de Saúde de Colinas
ELEMENTO DE DESPESA: 3.3.90.14 Diárias - Civil

Ag – 1312-9
C/C – 23265-3
CPF: 060.183.023-73
Banco do Brasil

Atenciosamente,

Rita Francisca Ribeiro Lucio

Rita Francisca Ribeiro Lucio
Coordenação de Gestão de Pessoas
Secretaria Municipal de Saúde
Colinas – MA

Autorizo em

____/____/____

Assinatura



ESTADO DO MARANHÃO
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça do Mercado Central, nº74, Centro- CEP: 65.690-000
CNPJ: 11.296.379/0001-45

| | | |
|--|--|---------|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS – MARANHÃO | PEDIDO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA VIAGEM A SERVIÇO | Nº: 138 |
|--|--|---------|

ILMA SRA. SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Solicitamos autorizar a concessão de diárias para o funcionário a seguir qualificado, para realização de viagem no interesse do serviço público municipal, conforme se especifica a seguir.

DADOS DO FUNCIONARIO

| | |
|---|-----------------------------|
| Nome do (a) Servidor (a): Laíssa de Sousa Silva | Matrícula: |
| Lotação: Secretaria Municipal de Saúde | Cargo/Função: Nutricionista |

| DADOS SOBRE A VIAGEM | | | |
|------------------------|---|--------------------------|--------------------|
| Finalidade da Viagem | Participar II Congresso AUTISMO. em São Luís – MA, no período de 09 e 10 de Maio de 2024. | | |
| Trecho da Viagem | Data Prevista de Saída | Data Prevista de Retorno | Meio de Transporte |
| Colinas – São Luís /MA | 09/05/2024 | 10/05/2024 | |

| VALORES SOLICITADOS | | | |
|--|----------------|-----------|--------------------------|
| Valor das Diárias (Art. 1º Dec. 03/2015) | | | Valor Total A Receber |
| Quantidade | Valor Unitário | Sub-Total | |
| 2 | 200,00 | 400,00 | 400,00 |

Fonte de Recurso: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

| Local e Data | Requerente |
|----------------------------|--|
| Colinas – MA 09/05/2024 | <i>Laíssa de Sousa Silva</i> Laíssa de Sousa Silva CPF: 060.183.023-73 |

DESPACHO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

| | |
|---|---|
| | Data: ___/___/___ |
| Autorizo a concessão e o pagamento das diárias solicitadas na forma da Lei. | <i>Soliane da Silva Monteiro Silva</i> Soliane da Silva Monteiro Silva Secretária Municipal de Saúde Port. Nº. 33/2023 Colinas - MA |