



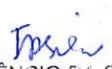

Estado do Maranhão  
Prefeitura Municipal de Colinas  
GABINETE DO PREFEITO

| Cargo  | No Estado  |                    | Outros Estados |                    | Capital Federal |
|--|------------|--------------------|----------------|--------------------|-----------------|
|  | Capital    | Demais Localidades | Capital        | Demais Localidades |                 |
| • PREFEITO<br>• VICE-PREFEITO  | R\$ 350,00 | R\$ 200,00         | R\$ 500,00     | R\$ 350,00         | R\$ 650,00      |
| • SECRETÁRIO MUNICIPAL<br>• CHEFE DE GABINETE<br>• PROCURADOR<br>• CONTROLADOR<br>• ASSESSOR DE RELAÇÕES<br>INSTITUCIONAL E PLANEJAMENTO | R\$ 250,00 | R\$ 165,00         | R\$ 330,00     | R\$ 200,00         | R\$ 385,00      |
| • DIRETOR DE DEPARTAMENTO<br>• 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:<br><b>OR - Ordinário</b>  |   | Processo Nº:  | Nº Empenho:<br><b>409004</b>              |                                  |
| Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente:<br><b>10 - SECR. MUN. DE ASSIST. SOCIAL, SEGUR. ALIMENT. E DEFESA CIVIL</b>   |   | Ficha:<br><b>283</b>  | Data da Emissão:<br><b>09/04/2024</b>     |                                  |
| Função: SubFunção: Programa: Tipo Sequência: Ação:<br><b>08 122 0052 2052 Manut. Sec. Mun.de Assist.Social, Segurança Alimentar e Defesa Civil</b>   |   |   |   |                                  |
| SubAção: Descrição:  |   |   |   |                                  |
| Natureza da Despesa:<br><b>3.3.90.14.01 - DIÁRIAS - CIVIL</b>  |   |   |   |                                  |
| SubElemento (STN)/Conta PCASP:<br><b>3.3.90.14.01 - Diárias Civil Dentro Do Estado</b>   |   |   |   |                                  |
| Credor:<br><b>MARIA LEILA DE ALMEIDA BARBOZA</b>   |   |   |   |                                  |
| CNPJ/CPF:<br><b>024.554.313-98</b>   |   | Inscrição Estadual/RG:  |   |                                  |
| Endereço:  |   | Telefone:   |   |                                  |
| Cidade:  |   | CEP:  | UF:<br><b>MA</b>                          |                                  |
| Descrição do Empenho:<br>VALOR QUE SE EMPENHA PARA OCORRER A DESPESA COM:<br>CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM DO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO NA CIDADE DE SÃO LUIS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 04 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 09 A 12 DE ABRIL DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE CONSELHEIRA TUTELAR, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO. |   |   |   |                                  |
| Documento Fiscal<br><b>DIÁRIA</b>  |   | Valor Total:<br><b>800,00</b>   |   |                                  |
| Valor do documento por extenso:<br><b>oitocentos reais</b> *****   |   |   |   |                                  |
| Modalidade da Licitação:<br><b>DISPENSA</b>  | Nº Processo Licitatório                   | PROCESSO  | Fonte:<br><b>00 - Recursos Ordinários</b> |                                  |
| Ficha:<br><b>283</b>   | Empenhado até a Data:<br><b>15.190,00</b> | Saldo Anterior:<br><b>26.810,00</b>   | Importância:<br><b>800,00</b>             | Saldo Atual:<br><b>26.010,00</b> |
| DADOS ORÇAMENTÁRIOS:<br><b>10 SECR. MUN. DE ASSIST. SOCIAL, SEGUR. ALIMENT. E DEFESA CIVIL</b><br><b>08 Assistência Social</b><br><b>122 Administração Geral</b><br><b>0052 Administração Geral</b><br><b>2052 Manut. Sec. Mun.de Assist.Social, Segurança Alimentar e Defesa Civil</b><br><b>3.3.90.14.01 - DIÁRIAS - CIVIL</b>   |   |   | Reservado / Orgão de Controle:            |                                  |
| Autorizo o Empenho dessa Despesa:<br>Em: <b>09/04/2024</b>   |   | Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio:<br>Em: <b>09/04/2024</b>   |   |                                  |
| <br><b>IVAN PRUDÊNCIO DA SILVA</b><br>Assessor de Relações Instituc. e Planejamento   |   | <br><b>BRUNO SOARES DE OLIVEIRA</b><br>Contador CRC 013306/O-9 |   |                                  |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS**

06113682/0001-25

PRAÇA DIAS CARNEIRO 402

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO**  
409004 / 1

|                                |            |                  |                |
|--------------------------------|------------|------------------|----------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº <b>1</b> | FICHA: 283 | DATA: 09/04/2024 | REQUISIÇÃO Nº: |
|--------------------------------|------------|------------------|----------------|

|                     |                   |                        |
|---------------------|-------------------|------------------------|
| LICITAÇÃO: DISPENSA | DOCUMENTO: DIÁRIA | VENCIMENTO: 09/04/2024 |
|---------------------|-------------------|------------------------|

|                                      |                |              |
|--------------------------------------|----------------|--------------|
| NOME: MARIA LEILA DE ALMEIDA BARBOZA | 024.554.313-98 | CÓDIGO: 2778 |
| ENDEREÇO:                            |                |              |

| FONTE DE RECURSO  | DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO  | VALOR TOTAL   |
|---|---|---|
| 1 Recursos do Exercício Corrente<br>501 Outros Recursos não Vinculados<br>00 Recursos Ordinários<br>001 Ordinário<br>001 Recursos Próprios do Município | CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM DO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO NA CIDADE DE SÃO LUIS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 04 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 09 A 12 DE ABRIL DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE CONSELHEIRA TUTELAR, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO. | Liquido<br><b>800,00</b><br>Desconto<br><b>0,00</b> |

|    |             |               |
|----|-------------|---------------|
| OR | <b>SOMA</b> | <b>800,00</b> |
|----|-------------|---------------|

| CÓDIGO  | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA   |
|---|--|
| 02<br>10<br>3.3.90.14.01<br>08.122.0052.2052.0000 | PODER EXECUTIVO<br>SECR. MUN. DE ASSIST. SOCIAL, SEGUR. ALIMENT. E DEFESA CIVIL<br>DIÁRIAS - CIVIL<br>Manut. Sec. Mun.de Assist.Social, Segurança Alimentar e Defesa Civil |

| VALOR DO EMPENHO | LIQUIDADO ATÉ A DATA | VALOR DESTA LIQUIDAÇÃO | SALDO A LIQUIDAR |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 800,00           | 800,00               | 800,00                 | 0,00             |

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| <b>VALOR A SER PAGO R\$</b> | <b>800,00</b> |
| oitocentos reais *****      |               |
| DESCONTOS                   |               |

|                           |             |
|---------------------------|-------------|
| <b>TOTAL DE DESCONTOS</b> | <b>0,00</b> |
|---------------------------|-------------|

LIQUIDAÇÃO AUTORIZADA EM 09/04/2024

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

\_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

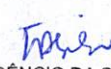

|                              |   |
|------------------------------|---|
| EMITIDO EM                   | ORDEM DE PAGAMENTO. PAGUE-SE:                     |
| _____ DATA _____ VISTO _____ | _____ DATA _____ <i>Imei</i> ORDENADOR DA DESPESA |

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

|         |                                  |                                  |       |
|---------|----------------------------------|----------------------------------|-------|
| FICHA:  | DADOS DA ORDEM DE PAGAMENTO:     | DADOS DO EMPENHO:                | TIPO: |
| Nº: 283 | Nº: 409004      Data: 09/04/2024 | Nº: 409004      Data: 09/04/2024 |       |

**Credor..: MARIA LEILA DE ALMEIDA BARBOZA      CNPJ: 024.554.313-98**  
**Endereço:**      **CEP:**  
**Cidade..:**      **Cod: 2778**

|                              |     |        |
|------------------------------|-----|--------|
| IMPORTANCIA BRUTA DE .....   | R\$ | 800,00 |
| DESCONTOS.....               | R\$ | 0,00   |
| IMPORTANCIA LÍQUIDA DE ..... | R\$ | 800,00 |

|   |   |  |
|---|---|--|
| LIQUIDADADA A DESPESA EM:<br>09/04/2024 | PAGUE-SE EM:<br>09/04/2024  | PAGO EM:<br>09/04/2024   |
|   | <br>IVAN PRUDÊNCIO DA SILVA<br>Assessor de Relações Instituc. e Planejamento | <br>JALDO HENRIQUE PEREIRA<br>SECRETARIA DE FINANÇAS |

**HISTÓRICO**

CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM DO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL PARTICIPAR DE CAPACITAÇÃO NA CIDADE DE SÃO LUIS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 04 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 09 A 12 DE ABRIL DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE CONSELHEIRA TUTELAR, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO.

**CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA**

|              |  |
|--------------|--|
| 02           | PODER EXECUTIVO  |
| 021000       | SEC. MUNL DE ASSIST. SOCIAL. SEG. ALIM. DEF. CIVIL           |
| 08           | Assistência Social   |
| 122          | Administração Geral  |
| 0052         | Administração Geral  |
| 2052         | Manut. Sec. Mun.de Assist.Social, Segurança Alimentar e Defe |
| 3.3.90.14.00 | Diárias - Civil  |

**CONTROLE DE PAGAMENTO**

|               |        |       |         |        |             |
|---------------|--------|-------|---------|--------|-------------|
| Valor Bruto   | 800,00 | Banco | Conta   | Cheque | Valor R\$   |
|               |        | 001   | 14618-8 |        | RR\$ 800,00 |
| Valor Líquido | 800,00 |       |         |        |             |

**RECIBO**

RECEBI DA ,PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS      A IMPORTÂNCIA DE R\$ **800,00**  
 (oitocentos reais) .....

DATA: 09/04/2024

**DOCUMENTO ANEXO**

Credor..: **MARIA LEILA DE ALMEIDA BARBOZA**  
 CNPJ/CPF: **024.554.313-98**

---

**Transferência entre contas diversas****Debitado**

Nome PM COLINAS -SNA  
Agência 1312-9  
Conta corrente 14618-8

**Creditado**

Nome MARIA L A BARBOZA  
Agência 1312-9  
Conta corrente 32931-2  
Valor 800,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

|              |   |                     |
|--------------|---|---------------------|
| Assinada por | JB529848 JALDO HENRIQUE PEREIRA           | 09/04/2024 16:07:14 |
|              | JB530611 VALMIRA MIRANDA DA SILVA BARROSO | 09/04/2024 16:14:24 |

Transação efetuada com sucesso.

---

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



**Estado do Maranhão**  
**MUNICÍPIO DE COLINAS**



**Ofício nº 211/2024**

Colinas - MA, 09 de abril de 2024.

Ilm.º Senhor  
**Ivan Prudêncio da Silva**  
Senhor Assessor de relações Inst. Relacionamento.


**ASSUNTO:** Solicitação de diárias

Venho pelo presente solicitar a V.S.<sup>a</sup> A concessão de (04) diárias no valor total de R\$: 800,00 ( Oitocentos reais), para a servidora **MARIA LEILA DE ALMEIDA BARBOZA**, Conselheira Tutelar, participar de Capacitação na cidade de São Luis – MA, no período de 09 à 12 de abril de 2024. Segue 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:** Secretaria Municipal de Assistência Social  
**PROJETO ATIVIDADE:** Manutenção da Secretaria Municipal de Assistência Social  
**ELEMENTO DE DESPESA:** 3.3.90.14.00 Diária pessoal Civil

Ag-1312-9  
C/C: 32931-2  
Banco do Brasil

  
**Jardania Viana de Oliveira Freitas**  
Sec. Mun. de Assist. Social



Estado do Maranhão  
MUNICÍPIO DE COLINAS



|  |  |            |
|--|--|------------|
| PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS – MARANHÃO | PEDIDO DE CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA VIAGEM A SERVIÇO | Nº:<br>211 |
|--|--|------------|

ILMO. SENHO ASSESSOR DE RELAÇÕES INST. RELACIONAMENTOS.

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 FUNCIONÁRIO

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Nome do (a) Servidor (a): Maria Leila de Almeida Barboza | Cargo/Função: Conselheira Tutelar |
|--|-----------------------------------|

DADOS SOBRE A VIAGEM

| Trecho da Viagem       | Data Prevista de Saída | Data Prevista de Retorno | Meio de Transporte |
|------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------|
| Colinas – São Luis/ MA | 09/04/2024             | 12/04/2024               | XX                 |

VALORES SOLICITADOS

| Valor das Diárias (Art. 1º Dec. 03/2015) |                |            | Veículo Próprio (Art. 5º) | Valor Total A receber |
|--|----------------|------------|---------------------------|-----------------------|
| Quantidade                               | Valor Unitário | Subtotal   |                           |                       |
| 04                                       | R\$ 200,00     | R\$ 800,00 |                           | 800,00                |

Fonte de Recurso: SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

| Local e Data               | Requerente            |
|----------------------------|-----------------------|
| Colinas – MA<br>09/04/2024 | CPF<br>024.554.313-98 |

*Maria Leila de A Barboza*

DESPACHO DA SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO GERAL

|   |  |
|---|--|
|   | Data: / /  |
| Autorizo a concessão e o pagamento das diárias solicitadas na forma da Lei. | Jardania Viana de Oliveira<br>Fretas<br>Sec. Mun. de Assit. Social |