





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: 417003 | |
| Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | Ficha: 160 | Data da Emissão: 17/04/2024 | |
| Função: SubFunção: Programa: Tipo Sequência: Ação: 10 122 2060 2030 Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde | | | | |
| SubAção: Descrição: | | | | |
| Natureza da Despesa: 3.3.90.14.01 - DIÁRIAS - CIVIL | | | | |
| SubElemento (STN)/Conta PCASP: 3.3.90.14.01 - Diárias Civil Dentro Do Estado | | | | |
| Credor: KEILA FERNANDES PONTES QUEIROZ | | | | |
| CNPJ/CPF: 015.585.833-51 | | 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, PARTICIPAR OFICINA DOS CICLOS DE VIDA DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM SÃO JOÃO DOS PATOS - MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 01 DIÁRIA, NA DATA DE 18 DE ABRIL DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE ENFERMEIRA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO. | | | | |
| Documento Fiscal NOTA FISCAL Nº | | Valor Total: 100,00 | | |
| Valor do documento por extenso: cem reais ***** | | | | |
| Modalidade da Licitação: DISPENSA | Nº Processo Licitatório | PROCESSO | Fonte: 00 - Recursos Ordinários | |
| Ficha: 160 | Empenhado até a Data: 9.480,00 | Saldo Anterior: 12.520,00 | Importância: 100,00 | Saldo Atual: 12.420,00 |
| 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 3.3.90.14.01 - DIÁRIAS - CIVIL | | | | Reservado / Órgão de Controle: |
| Autorizo o Empenho dessa Despesa: Em: 17/04/2024 | | Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio: Em: 17/04/2024 | | |
|  IVAN PRUDENCIO 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
417003 / 1

| | | | |
|--------------------------------|------------|------------------|----------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº 1 | FICHA: 160 | DATA: 17/04/2024 | REQUISIÇÃO Nº: |
|--------------------------------|------------|------------------|----------------|

| | | |
|---------------------|---------------------------|------------------------|
| LICITAÇÃO: DISPENSA | DOCUMENTO: NOTA FISCAL Nº | VENCIMENTO: 17/04/2024 |
|---------------------|---------------------------|------------------------|

| | | |
|---|----------------|--------------|
| NOME: KEILA FERNANDES PONTES QUEIROZ | 015.585.833-51 | CÓDIGO: 2708 |
| 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 Proprios do Municipio | CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM DO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARTICIPAR OFICINA DOS CICLOS DE VIDA DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM SÃO JOÃO DOS PATOS - MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 01 DIÁRIA, NA DATA DE 18 DE ABRIL DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE ENFERMEIRA, | Liquido 100,00 Desconto 0,00 |

| | | |
|----|------|---------------|
| OR | SOMA | 100,00 |
|----|------|---------------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|---|---|
| 02 05 3.3.90.14.01 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 |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 100,00 | 100,00 | 100,00 | 0,00 |

VALOR A SER PAGO R\$ **100,00**
cem reais *****

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

LIQUIDAÇÃO AUTORIZADA EM 17/04/2024

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

DATA _____


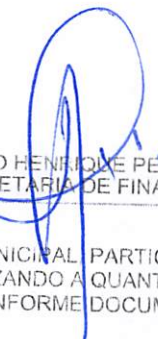
| | |
|------------------------|---|
| EMITIDO EM | ORDEM DE PAGAMENTO. PAGUE-SE: |
| DATA _____ VISTO _____ | DATA _____ <i>Fmner</i> ORDENADOR DA DESPESA |

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

| FICHA: | DADOS DA ORDEM DE PAGAMENTO: | DADOS DO EMPENHO: | TIPO: |
|---------|--------------------------------|--------------------------------|-------|
| Nº: 160 | Nº: 417007 Data: 17/04/2024 | Nº: 417003 Data: 17/04/2024 | |

Credor.: KEILA FERNANDES PONTES QUEIROZ
Endereço:
Cidade...: CEP:
Cod: 2708
CNPJ: 015.585.833-51

| | | |
|------------------------------|-----|--------|
| IMPORTANCIA BRUTA DE | R\$ | 100,00 |
| DESCONTOS..... | R\$ | 0,00 |
| IMPORTANCIA LÍQUIDA DE | R\$ | 100,00 |

| LIQUIDADADA A DESPESA EM: | PAGUE-SE EM: | PAGO EM: |
|---------------------------|---|--|
| 17/04/2024 | 17/04/2024 | 17/04/2024 |
| |  IVAN PRUDENCIO 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 PARTICIPAR OFICINA DOS CICLOS DE VIDA DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA EM SÃO JOÃO DOS PATOS - MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 01 DIÁRIA, NA DATA DE 18 DE ABRIL DE 2024, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE ENFERMEIRA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM 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 | 100,00 | Banco | Conta | Cheque | Valor R\$ |
|---------------|--------|-------|---------|--------|-------------|
| | | 001 | 11298-4 | | RR\$ 100,00 |
| Valor Líquido | 100,00 | | | | |

RECIBO

RECEBI DA PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS A IMPORTÂNCIA DE R\$ 100,00
(cem reais) *****

DATA: 17/04/2024

DOCUMENTO ANEXO

Credor.: KEILA FERNANDES PONTES QUEIROZ
CNPJ/CPF: 015.585.833-51

Transferência entre contas diversas**Debitado**

Nome PM COLINAS -CIDE
Agência 1312-9
Conta corrente 11298-4

Creditado

Nome KEILA FERNANDES PONTES
Agência 1312-9
Conta corrente 16963-3
Valor 100,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JB529848 JALDO HENRIQUE PEREIRA 17/04/2024 17:06:24
JB530611 VALMIRA MIRANDA DA SILVA BARROSO 17/04/2024 17:08:05

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. 111/2024 - SEMUS

Colinas- MA, 17 de Abril de 2024.

Senhor Secretário,

Venho pelo presente solicitar a V. Sa., a concessão de (01) uma diária, para a Sra. **KEILA FERNANDES PONTES QUEIROZ**, para participar da referida **oficina dos ciclos de vida da Saúde da pessoa Idosa**. em São João dos Patos – MA, no período de 18 de Abril 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 – 16963-3
CPF: 015.585.833-51
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: 111 |
|--|--|---------|

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 FUNCIONÁRIO

| | |
|---|--|
| Nome do (a) Servidor (a): KEILA FERNANDES PONTES QUEIROZ | Matrícula: |
| Lotação: Secretaria Municipal de Saúde | Cargo/Função: Coordenadora de IST /AIDS. |

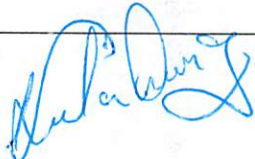
DADOS SOBRE A VIAGEM

| | | | |
|----------------------------------|---|--------------------------|--------------------|
| Finalidade da Viagem | para participar da referida oficina dos ciclos de vida da Saúde da pessoa Idosa. em São João dos Patos – MA. no período de 18 de Abril de 2024. | | |
| Trecho da Viagem | Data Prevista de Saída | Data Prevista de Retorno | Meio de Transporte |
| Colinas – São João dos Patos /MA | 18/04/2024 | 18/04/2024 | |


VALORES SOLICITADOS

| Valor das Diárias (Art. 1º Dec. 03/2015) | | | Veículo Próprio (Art. 5º) | Valor Total A Receber |
|--|----------------|-----------|---------------------------|-----------------------|
| Quantidade | Valor Unitário | Sub-Total | | |
| 1 | 100,00 | 100,00 | | 100,00 |

Fonte de Recurso: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

| | | |
|----------------------------|---|---|
| Local e Data | Requerente |  |
| Colinas – MA 17/04/2024 | Keila Fernandes Pontes Queiroz CPF: 015.585.833-51 | |

DESPACHO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Ofício Nº 72/ 2024– URS

São João dos Patos – MA, 12 de Abril de 2024

ASSUNTO: Acompanhar e apoiar institucionalmente os municípios no desenvolvimento de planos de intervenções e instrumentos de avaliação e monitoramento das ações propostas pelas Políticas da Saúde Integral do Homem a partir dos Ciclos de Vida, da Saúde da Pessoa Idosa, do Controle da Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Programa do Controle do Tabagismo

Senhores (as) Secretários (as);

A Secretaria Adjunta da Política de Atenção Primária e Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção Primária em Saúde, através da Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, estará realizando a Implementação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis no Estado do Maranhão, Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMD), Registro do Procedimento no e-SUS APS dos Municípios, Linha de cuidado da Pessoa Idosa e realização da construção da Linha de Cuidado da Saúde Integral do Homem Maranhense para os municípios da região.

Vimos por meio deste, comunicar a V.S. ^a que o Departamento realizará a referida atividade no **dia 18 de abril do corrente ano**, na Regional de São João dos Patos.

Diante do exposto, solicitamos a V.S. ^a que encaminhe os profissionais da Atenção Primária em Saúde, coordenadores da APS, referências técnicas de Saúde da Pessoa Idosa e Saúde do Homem, para participarem da referida oficina

Atenciosamente;


Rejany Sá Gomes Côrrea Dias
Gestora da URS de São João dos Patos
Matr.: 00889506-00