




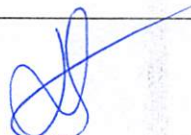
Estado do Maranhão  
Prefeitura Municipal de Colinas  
GABINETE DO PREFEITO

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: <b>OR - Ordinário</b>		Processo Nº:	Nº Empenho: <b>509008</b>	
Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente: <b>05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>		Ficha: <b>160</b>	Data da Emissão: <b>09/05/2024</b>	
Função: SubFunção: Programa: Tipo Sequência: Ação: <b>10 122 2060 2030 Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde</b>				
SubAção: Descrição:				
Natureza da Despesa: <b>3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL</b>				
SubElemento (STN)/Conta PCASP: <b>3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL</b>				
Credor: <b>WCLEVERSON MENEZES DA COSTA</b>				
CNPJ/CPF: <b>029.915.843-86</b>		Inscrição Estadual/RG:		
Endereço:		Telefone:		
Cidade:		CEP:	UF: <b>MA</b>	
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 PSICOPEDAGOGA, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO.				
Documento Fiscal <b>OUTROS</b>		Valor Total: <b>400,00</b>		
Valor do documento por extenso: <b>quatrocentos reais</b> *****				
Modalidade da Licitação: <b>DISPENSA</b>	Nº Processo Licitatório	PROCESSO	Fonte: <b>00 - Recursos Ordinários</b>	
Ficha: <b>160</b>	Empenhado até a Data: <b>18.565,00</b>	Saldo Anterior: <b>3.435,00</b>	Importância: <b>400,00</b>	Saldo Atual: <b>3.035,00</b>
DADOS ORÇAMENTÁRIOS: <b>05 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>10 Saúde</b> <b>122 Administração Geral</b> <b>2060 Gestão da Secretaria Municipal de Saúde</b> <b>2030 Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde</b> <b>3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL</b>			Reservado / Órgão de Controle:	
Autorizo o Empenho dessa Despesa: Em: 09/05/2024		Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio: Em: 09/05/2024		
 <b>IVAN PRUDENCIO DA SILVA</b> Assessor de Relações Instituc. e Planejamento		 <b>BRUNO SOARES DE OLIVEIRA</b> Contador CRC 013306/O-9		

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS

06113682/0001-25

PRAÇA DIAS CARNEIRO 402

NOTA DE LIQUIDAÇÃO

509008 / 1

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

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

NOME: WCLEVERSON MENEZES DA COSTA	029.915.843-86	CÓDIGO: 3642
ENDEREÇO:		

FONTES 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 PSICOPEDAGOGA, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO.	Liquido <b>400,00</b> Desconto <b>0,00</b>
OR	<b>SOMA</b>	<b>400,00</b>

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

<b>VALOR A SER PAGO R\$</b>	<b>400,00</b>
quatrocentos reais *****	
***	
DESCONTOS	

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

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:
_____	_____ <i>F. S. S.</i>
DATA	DATA
_____	_____
VISTO	ORDENADOR DA DESPESA
_____	_____

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

FICHA:	DADOS DA ORDEM DE PAGAMENTO:	DADOS DO EMPENHO:	TIPO:
Nº: 160	Nº: 509005 Data: 09/05/2024	Nº: 509008 Data: 09/05/2024	

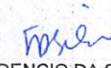
Credor.: **WCLEVERSON MENEZES DA COSTA** CNPJ: 029.915.843-86  
Endereço: CEP:  
Cidade.: Cod: 3642

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

  
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, 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 PSICOPEDAGOGA, 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.: **WCLEVERSON MENEZES DA COSTA**  
CNPJ/CPF: 029.915.843-86

---

### Transferência entre contas diversas

#### Debitado

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

#### Creditado

Nome                    **WCLEVERSON M DA COSTA**  
Agência                **1312-9**  
Conta corrente        **32037-4**  
Valor                   **400,00**  
Destinação            **0**  
Data                    **Nesta data**

---

Assinada por	<b>JB529848 JALDO HENRIQUE PEREIRA</b>	<b>09/05/2024 16:05:52</b>
	<b>JB530611 VALMIRA MIRANDA DA SILVA BARROSO</b>	<b>09/05/2024 16:14:32</b>

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 137 /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 o Sr. Wcleverson Menezes da Costa, **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 – 32037-4  
CPF: 029.915.843-86  
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: 137
--	--	---------

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): Wcleverson Menezes da Costa	Matrícula:
Lotação: Secretaria Municipal de Saúde	Cargo/Função: Fonoaudiólogo

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)			Veículo Próprio (Art. 5º)	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>Wcleverson Menezes da Costa</i> Wcleverson Menezes da Costa CPF: 029.915.843-86

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