



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>508004</b>          |                          |
| Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente:<br><b>05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>  |                                    | Ficha:<br><b>160</b>   | Data da Emissão:<br><b>08/05/2024</b> |                          |
| Função: SubFunção: Programa: Tipo Sequência: Ação:<br><b>10 122 2060 2030 Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde</b>   |                                    |  |                                       |                          |
| SubAção: Descrição:  |                                    |  |                                       |                          |
| Natureza da Despesa:<br><b>3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL</b>  |                                    |  |                                       |                          |
| SubElemento (STN)/Conta PCASP:<br><b>3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL</b>  |                                    |  |                                       |                          |
| Credor:<br><b>ANTONIA HALUANA CAROLINE SILVA LIMA</b>  |                                    |  |                                       |                          |
| CNPJ/CPF:<br><b>939.900.493-72</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, 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 PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO. |                                    |  |                                       |                          |
| Documento Fiscal<br>NOTA FISCAL Nº   |                                    |  | Valor Total:<br><b>400,00</b>         |                          |
| Valor do documento por extenso:<br>quatrocentos reais *****  |                                    |  |                                       |                          |
| Modalidade da Licitação:<br>DISPENSA   | Nº Processo Licitatório            | PROCESSO   | Fonte:<br>00 - Recursos Ordinários    |                          |
| Ficha:<br><b>160</b>   | Empenhado até a Data:<br>16.105,00 | Saldo Anterior:<br>5.895,00                                      | Importância:<br><b>400,00</b>         | Saldo Atual:<br>5.495,00 |
| DADOS ORÇAMENTÁRIOS:<br><b>05 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b><br><b>10 Saúde</b><br><b>122 Administração Geral</b><br><b>2060 Gestão da Secretaria Municipal de Saúde</b><br><b>2030 Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde</b><br><b>3.3.90.14.00 - DIÁRIAS - CIVIL</b>   |                                    |  | Reservado / Órgão de Controle:        |                          |
| Autorizo o Empenho dessa Despesa:<br>Em: 08/05/2024  |                                    | Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio:<br>Em: 08/05/2024 |                                       |                          |
| IVAN PRUDÊNCIO DA SILVA<br>Assessor de Relações Instituc. e Planejamento   |                                    | BRUNO SOARES DE OLIVEIRA<br>Contador CRC 013306/O-9              |                                       |                          |

**PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS**

06113682/0001-25

PRAÇA DIAS CARNEIRO 402

**NOTA DE LIQUIDAÇÃO**  
508004 / 1

|                       |   |            |                  |                |
|-----------------------|---|------------|------------------|----------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº | 1 | FICHA: 160 | DATA: 08/05/2024 | REQUISIÇÃO Nº: |
|-----------------------|---|------------|------------------|----------------|

|                     |                           |                        |
|---------------------|---------------------------|------------------------|
| LICITAÇÃO: DISPENSA | DOCUMENTO: NOTA FISCAL Nº | VENCIMENTO: 08/05/2024 |
|---------------------|---------------------------|------------------------|

|   |                |              |
|---|----------------|--------------|
| NOME: ANTONIA HALUANA CAROLINE SILVA LIMA | 939.900.493-72 | CÓDIGO: 3638 |
| ENDEREÇO:                                 |                |              |

| FONTE DE RECURSO   | DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO  | VALOR TOTAL   |
|--|---|---|
| 1 Recursos do Exercício Corrente<br>500 Recursos não Vinculados de Impostos<br>00 Recursos Ordinários<br><br>001 Ordinário<br>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 PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, CONFORME | Liquido<br><b>400,00</b><br>Desconto<br><b>0,00</b> |

|    |             |               |
|----|-------------|---------------|
| OR | <b>SOMA</b> | <b>400,00</b> |
|----|-------------|---------------|

| CÓDIGO  | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA  |
|---|---|
| 02<br>05<br>3.3.90.14.00<br>10.122.2060.2030.0000 | PODER EXECUTIVO<br>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE<br>DIÁRIAS - CIVIL<br>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 08/05/2024

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>Fosier</i> ORDENADOR DA DESPESA |

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

ESTADO DO MARANHÃO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS

PRAÇA DIAS CARNEIRO 402  
CNPJ: 06113682/0001-25

ORDEM DE PAGAMENTO

Exercício: 2024

| FICHA:  | DADOS DA ORDEM DE PAGAMENTO:     | DADOS DO EMPENHO:                | TIPO: |
|---------|----------------------------------|----------------------------------|-------|
| Nº: 160 | Nº: 508009      Data: 08/05/2024 | Nº: 508004      Data: 08/05/2024 |       |

**Credor..:** ANTONIA HALUANA CAROLINE SILVA LIMA      **CNPJ:** 939.900.493-72  
**Endereço:**      **CEP:**  
**Cidade..:**      **Cod:** 3638

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

LIQUIDADADA A DESPESA EM:  
08/05/2024

PAGUE-SE EM:  
08/05/2024

PAGO EM:  
08/05/2024

*Ivan*  
IVAN PRUDENCIO DA SILVA  
Assessor de Relações Instituc. e Planejamento

*Jaldo*  
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 PROFESSORA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, 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: 08/05/2024

**DOCUMENTO ANEXO**

Credor..: ANTONIA HALUANA CAROLINE SILVA LIMA  
CNPJ/CPF: 939.900.493-72





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 135 /2024 - SEMUS

Colinas- MA, 08 de Maio de 2024.

Senhor Secretário,

Venho pelo presente solicitar a V. Sa., a concessão de 02 (duas) diárias, para a Sra. Antônia Haluana Caroline Silva Lima, **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 – 26678-7  
CPF: 939.900.493-72  
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: 135 |
|--|--|---------|

**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**

|  |  |
|--|--|
| <b>Nome do (a) Servidor (a):</b> Haluana Caroline Silva Lima | <b>Matrícula:</b>                                    |
| <b>Lotação:</b> Secretaria Municipal de Saúde                | <b>Cargo/Função:</b> Profissional de Educação Física |

**DADOS SOBRE A VIAGEM**

|                             |   |                                 |                           |
|-----------------------------|---|---------------------------------|---------------------------|
| <b>Finalidade da Viagem</b> | Participar II Congresso AUTISMO. em São Luís – MA, no período de 09 e 10 de Maio de 2024. |                                 |                           |
| <b>Trecho da Viagem</b>     | <b>Data Prevista de Saída</b>   | <b>Data Prevista de Retorno</b> | <b>Meio de Transporte</b> |
| 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**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Local e Data</b>        | <b>Requerente</b>                                  |
| Colinas – MA<br>08/05/2024 | Haluana Caroline Silva Lima<br>CPF: 939.900.493-72 |

*Haluana Caroline S. Lima*

**DESPACHO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

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