



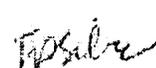
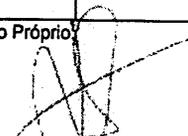
Estado do Maranhão
Prefeitura Municipal de Colinas
GABINETE DO PREFEITO

| Cargo | No Estado | | Outros Estados | | Capital Federal |
|--|-----------|--------------------|----------------|--------------------|-----------------|
| | Capital | Demais Localidades | Capital | Demais Localidades | |
| • PREFEITO • VICE-PREFEITO | RS 350,00 | RS 200,00 | RS 500,00 | RS 350,00 | RS 650,00 |
| • SECRETÁRIO MUNICIPAL • CHEFE DE GABINETE • PROCURADOR • CONTROLADOR • ASSESSOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAL E PLANEJAMENTO | RS 250,00 | RS 165,00 | RS 330,00 | RS 200,00 | RS 385,00 |
| • DIRETOR DE DEPARTAMENTO • COORDENADOR | RS 230,00 | RS 115,00 | RS 230,00 | RS 170,00 | RS 345,00 |
| • DEMAIS SERVIDORES | RS 200,00 | RS 100,00 | RS 270,00 | RS 135,00 | RS 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: 321008 | |
| Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | Ficha: 159 | Data da Emissão: 21/03/2025 | |
| 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: ONAYRA TATILA PESSOA SILVA | | | | |
| CNPJ/CPF: 046.059.173-81 | | 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 NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARA CURSO DE SEGURANÇA EM CRISE AGRESSIVA, NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 03 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 24 A 26 DE MARÇO DE 2025, A SERVIDORA OCUPA O CARGO PSICOPEDAGOGA, CONFORME DOCUMENTOS ANEXOS. | | | | |
| Documento Fiscal | | Valor Total: 600,00 | | |
| Valor do documento por extenso: seiscentos reais ***** | | | | |
| Modalidade da Licitação: DISPENSA | Nº Processo Licitatório | PROCESSO | Fonte: 00 - Recursos Ordinários | |
| Ficha: 159 | Empenhado até a Data: 17.210,00 | Saldo Anterior: 4.790,00 | Importância: 600,00 | Saldo Atual: 4.190,00 |
| DADOS ORÇAMENTÁRIOS: | | | | Reservado / Órgão de Controle: |
| 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 | | | |
| Autorizo o Empenho dessa Despesa: Em: 21/03/2025 | | Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio: Em: 21/03/2025 | | |
|  IVAN PRUDENCIO DA SILVA ASSESSOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E PLANEJA | |  BRUNO SOARES DE OLIVEIRA Contador CRC 013306/O-9 | | |

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS

06113682/0001-25

PRAÇA DIAS CARNEIRO 402

NOTA DE LIQUIDAÇÃO
321008 / 1

| | | | |
|--------------------------------|------------|------------------|----------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº 1 | FICHA: 159 | DATA: 21/03/2025 | REQUISIÇÃO Nº: |
|--------------------------------|------------|------------------|----------------|

| | | |
|---------------------|------------|------------------------|
| LICITAÇÃO: DISPENSA | DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 21/03/2025 |
|---------------------|------------|------------------------|

| | | |
|---|----------------|--------------|
| NOME: ONAYRA TATILA PESSOA SILVA | 046.059.173-81 | CÓDIGO: 2366 |
| 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 NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARA CURSO DE SEGURANÇA EM CRISE AGRESSIVA, NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 03 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 24 A 26 DE MARÇO DE 2025, A SERVIDORA OCUPA O CARGO PSICOPEDAGOGA, | Liquido 600,00 Desconto 0,00 |

| | | |
|----|-------------|---------------|
| OR | SOMA | 600,00 |
|----|-------------|---------------|

| CÓDIGO | CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA EMPENHADA |
|---|--|
| 02 05 3.3.90.14.00 10.122.2060.2030.0000 | PODER EXECUTIVO DE COLINAS 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 |
|------------------|----------------------|------------------------|------------------|
| 600,00 | 600,00 | 600,00 | 0,00 |

| | | |
|-----------------------------|---------------|------------|
| VALOR A SER PAGO R\$ | 600,00 | DOCUMENTO: |
| seiscentos reais ***** | | |

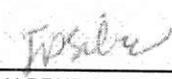
DESCONTOS

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

LIQUIDAÇÃO AUTORIZADA EM 21/03/2025

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

_____ DATA _____

| | |
|------------------------|--|
| EMITIDO EM _____ |  IVAN PRUDENCIO DA SILVA ASSESSOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E PLANEJA |
| DATA _____ VISTO _____ | |

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

Transferência entre contas diversas

Debitado

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

Creditado

| | |
|----------------|---------------------------|
| Nome | ONAYRA TATILA PESSOA SILV |
| Agência | 2789-8 |
| Conta corrente | 15509-8 |
| Valor | 600,00 |
| Destinação | 0 |
| Data | Nesta data |

| | | |
|--------------|---------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JB529848JALDO HENRIQUE PEREIRA | 21/03/2025 12:14:45 |
| | JB633554IVAN PRUDENCIO DA SILVA | 21/03/2025 12:35:37 |

Transação efetuada com sucesso.

Transação efetuada com sucesso por: JB633554 IVAN PRUDENCIO DA SILVA.



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 141 /2025 - SEMUS

Colinas- MA, 21 de março de 2025.

Senhor Secretário,

Venho pelo presente solicitar a V. Sa., a concessão de 03 (tres) diárias, para a Sra. Onayra Tatila Pessoa Silva, Convite para Curso de Segurança em Crise Agressivas, em São Luís – Ma, no período de 24 a 26 de março de 2025. 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 – 2789-8
C/C – 155098
CPF: 046.059.173-81
Banco do Brasil

Atenciosamente,

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: 141 |
|--|--|---------|

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): Onayra Tatila Pessoa Silva | Matrícula: |
| Lotação: Secretaria Municipal de Saúde | Cargo/Função: Psicopedagoga |

DADOS SOBRE A VIAGEM

| | | | |
|-----------------------------|--|---------------------------------|---------------------------|
| Finalidade da Viagem | Convite para Curso de Segurança em Crise Agressivas, em São Luís – Ma, no período de 24 a 26 de março de 2025. | | |
| Trecho da Viagem | Data Prevista de Saída | Data Prevista de Retorno | Meio de Transporte |
| Colinas – São Luís /Ma | 24/03/2025 | 26/03/2025 | |

VALORES SOLICITADOS

| Valor das Diárias (Art. 1º Dec. 03/2015) | | | Veículo Próprio (Art. 5º) | Valor Total A Receber |
|--|----------------|-----------|---------------------------|-----------------------|
| Quantidade | Valor Unitário | Sub-Total | | |
| 03 | 200,00 | 600,00 | | 600,00 |

Fonte de Recurso: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

| Local e Data | Requerente |
|----------------------------|--|
| Colinas – MA 21/03/2025 | Onayra Tatila Pessoa Silva CPF: 046.059.173-81 <i>Onayra Tatila Pessoa Silva</i> |

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.002 /2025 Colinas - MA |



GOVERNO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

Ofício Nº 460 /2025 ESP/MA

São Luís/MA, 13 de março de 2025.

À Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Convite para Curso de Segurança em Crises Agressivas.

Prezado (a),

A Secretaria Estadual de Saúde através da Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESPMA), tem a honra de convidar os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) do seu município para participarem do Curso de Qualificação em Manejo de Crises Agressivas. Trata-se de uma capacitação essencial para o aprimoramento das estratégias de atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e outras condições do neurodesenvolvimento que possam apresentar episódios de crise.

O curso abordará estratégias de prevenção, desaceleração durante a pré-crise, intervenções físicas durante a crise e reintegração pós-crise, garantindo uma abordagem humanizada e segura. Além disso, os profissionais que concluírem o curso serão credenciados pela Professional Crisis Management Association (PCMA) e qualificados pelo método Sistema Profissional de Gerenciamento de Crises (PCM).

Detalhes do Curso:

Período: Turma: 24 a 26 de março de 2025 e II Turma: 27 a 29 de março de 2025

Local: Escola de Saúde Pública do Maranhão (ESPMA) Rua da Estrela, Nº 387 – Centro Histórico, São Luís – MA, 65010-200

Público-alvo: Profissionais do SUS que atuam diretamente no atendimento a pessoas com TEA e desenvolvimento atípico.

O **PCM** é um sistema de gerenciamento de crise eficaz, que busca preservar a **segurança e a dignidade** do aprendiz, visando tratá-lo da forma mais humana possível. A intervenção em crise consiste em um conjunto de procedimentos físicos delineados para maximizar a segurança e, ao mesmo tempo, reduzir o tempo de restrição física.

As estratégias abordadas no curso são:

- ❖ Prevenção (funcionamento estável), desaceleração (durante pré-crise) e reintegração após crise;
- ❖ Intervenções físicas durante a crise, enfatizando o tratamento do paciente da forma mais





GOVERNO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

humanizada possível

O certificado é ofertado pela PCMA e sua validade é de um ano, necessitando de recertificação anual para sua manutenção. Um praticante só pode atuar conforme as práticas do PCM após obtenção do certificado. Os critérios para sua obtenção são:

- 1) Participação completa no treinamento;
- 2) Preenchimento completo de checklist de desempenho ao longo do curso;
- 3) Aprovação em exame teórico administrado pela PCMA.
- 4) Aprovação em exame prático.

SOBRE O CURSO E CERTIFICAÇÃO:

- ❖ Curso de formação de **praticantes** do PCM. O certificado fornece permissão para atuação como praticante 2, o qual é habilitado para realizar transporte, imobilizações verticais e horizontais pronadas.
- ❖ O currículo básico presencial será fornecido em, no mínimo, 3 dias. O curso irá começar às 8h de cada dia e se encerrará até as 17h30

REQUISITOS FÍSICOS

- ❖ Os participantes deverão executar muitos movimentos físicos que incluirão caminhar, curvar-se, ajoelhar-se, agachar-se, avançar, dentre outros. É altamente recomendado alongamento antes da participação. A incapacidade de concluir esses movimentos pode afetar o status da certificação.

RECOMENDAÇÕES:

- ❖ Será necessário levarem equipamento eletrônico – celular, computador ou tablet;
- ❖ Os participantes deverão vestir-se apropriadamente para práticas físicas que requerem movimento. Roupas aceitáveis: calça jeans, calça de treino longa ou outra que permita movimentação, blusa de manga curta ou longa sem decotes, moletom.
- ❖ Manter-se hidratado será importante. Recomenda-se que os participantes levem garrafas com água.
- ❖ Manter-se energizado será importante. Será fornecido intervalo em cada turno de 15 minutos para lanche.





GOVERNO DO MARANHÃO
Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão
Escola de Saúde Pública do Estado do Maranhão

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- ❖ As aulas começarão pontualmente às 8h.
- ❖ Qualquer pessoa que chegue com mais de 2 horas de atraso não poderá dar continuidade ao treinamento. Se o participante chegar atrasado em menos de 2 horas, o instrutor poderá exigir que o participante compense esse tempo antes do final do curso.
- ❖ Conflitos de agenda precisarão ser informados previamente para substituição do participante, uma vez que é requisito de certificação completar todas as horas do treinamento.
- ❖ Será oferecido intervalo de almoço de 1 hora todos os dias.
- ❖ Cada dia incluirá instruções para habilidades físicas e não físicas. O ensino desses dois tipos de habilidade será distribuído ao longo do curso.
- ❖ Para manutenção de seu certificado é necessário realizar o curso anualmente – até 90 dias antes ou até 90 dias depois da data de certificação.
- ❖ Para o gestor ser certificado e treinar a própria equipe, é necessário realizar o curso com um treinador do PCM (EUA)

Solicitamos sua colaboração na indicação e disponibilização de profissionais para participarem do curso, contribuindo para a qualificação da equipe de saúde e aprimoramento do atendimento aos usuários do SUS.

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br ANA LUCIA NUNES
Data: 14/03/2025 14:36:42-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

