



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                                                                                                             | RS 350,00 | RS 200,00          | RS 500,00      | RS 350,00          | RS 650,00       |
| * SECRETÁRIO MUNICIPAL<br>* CHEFE DE GABINETE<br>* PROCURADOR<br>* CONTROLADOR<br>* ACESSOR DE RELAÇÕES<br>* INSTITUCIONAL E PLANEJAMENTO | RS 250,00 | RS 165,00          | RS 330,00      | RS 200,00          | RS 385,00       |
| * DIRETOR DE DEPARTAMENTO<br>* 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

Exercício: 2025

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                           |                                                                                                                             |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Tipo de Empenho:<br><b>OR - Ordinário</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                           | Processo Nº:                                                                                                                | Nº Empenho:<br><b>408009</b>                                      |
| Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente:<br><b>05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                           | Ficha:<br><b>159</b>                                                                                                        | Data da Emissão:<br><b>08/04/2025</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>FRANCEANE ALVES DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                           |                                                                                                                             |                                                                   |
| CNPJ/CPF:<br><b>965.000.003-82</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 NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARA PARTICIPAR DO 2º CONGRESSO CUIDAR DE TODOS: MUNICIPALISMO FORTENA GESTÃO DO SUS, NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 02 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 08 E 09 DE ABRIL DE 2025, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, CONFORME DOCUMENTOS ANEXOS. |                                           |                                                                                                                             |                                                                   |
| Documento Fiscal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                           | Valor Total:<br><b>400,00</b>                                                                                               |                                                                   |
| Valor do documento por extenso:<br><b>quatrocentos reais</b> *****                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                           |                                                                                                                             |                                                                   |
| Modalidade da Licitação:<br><b>DISPENSA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nº Processo Licitatório                   | PROCESSO                                                                                                                    | Fonte:<br><b>00 - Recursos Ordinários</b>                         |
| Ficha:<br><b>159</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Empenhado até a Data:<br><b>17.925,00</b> | Saldo Anterior:<br><b>4.075,00</b>                                                                                          | Importância:<br><b>400,00</b>                                     |
| 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>                                                                                                                                                              |                                           |                                                                                                                             | Saldo Atual:<br><b>3.675,00</b><br>Reservado / Órgão de Controle: |
| Autorizo o Empenho dessa Despesa:<br>Em: 08/04/2025<br><br>IVAN PRUDENCIO DA SILVA<br>ASSESSOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E PLANEJA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                           | Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio:<br>Em: 08/04/2025<br><br>BRUNO SOARES DE OLIVEIRA<br>Contador CRC 013306/O-9 |                                                                   |

## PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS

06113682/0001-25

PRAÇA DIAS CARNEIRO 402

NOTA DE LIQUIDAÇÃO  
408009 / 1

|                       |   |            |                  |               |
|-----------------------|---|------------|------------------|---------------|
| NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº | 1 | FICHA: 159 | DATA: 08/04/2025 | REQUISIÇÃO Nº |
|-----------------------|---|------------|------------------|---------------|

|                     |            |                        |
|---------------------|------------|------------------------|
| LICITAÇÃO: DISPENSA | DOCUMENTO: | VENCIMENTO: 08/04/2025 |
|---------------------|------------|------------------------|

|                                |                |              |
|--------------------------------|----------------|--------------|
| NOME: FRANCEANE ALVES DA SILVA | 965.000.003-82 | CÓDIGO: 2382 |
| 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>001 Ordinário<br>001 Recursos Próprios do Município | CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARA PARTICIPAR DO 2º CONGRESSO CUIDAR DE TODOS: MUNICIPALISMO FORTENA GESTAO DO SUS, NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 02 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 08 E 09 DE ABRIL DE 2025, A SERVIDORA | Liquido<br>400,00<br>Desconto<br>0,00 |
| OR                                                                                                                                                           | SOMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 400,00                                |

| 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             |

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| VALOR A SER PAGO R\$     | 400,00 |
| quatrocentos reais ***** |        |

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

LIQUIDAÇÃO AUTORIZADA EM 08/04/2025

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

DATA

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

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

Exercício: 2025

|         |                              |                             |       |
|---------|------------------------------|-----------------------------|-------|
| FICHA:  | DADOS DA ORDEM DE PAGAMENTO: | DADOS DO EMPENHO:           | TIPO: |
| Nº: 159 | Nº: 228458 Data: 08/04/2025  | Nº: 408009 Data: 08/04/2025 |       |

Credor.: FRANCEANE ALVES DA SILVA

CNPJ: 965.000.003-82

Endereço:

CEP:

Cidade..:

Cod: 2382

IMPORTANCIA BRUTA DE ..... R\$ 400,00

DESCONTOS..... R\$ 0,00

IMPORTANCIA LÍQUIDA DE ..... R\$ 400,00

LÍQUIDA A DESPESA EM:  
08/04/2025

PAGUE-SE EM:  
08/04/2025

PAGO EM:  
08/04/2025

IVAN PRUDENCIO DA SILVA  
CHEFE DE RELACIONAMENTOS INSTITUCIONAIS E PLAN

JALDO HENRIQUE PEREIRA  
SECRETARIA DE FINANÇAS

HISTÓRICO

CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARA PARTICIPAR DO 2º CONGRESSO CUIDAR DE TODOS: MUNICIPALISMO FORTENA GESTÃO DO SUS, NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 02 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 08 E 09 DE ABRIL DE 2025, A SERVIDORA OCUPA O CARGO DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, CONFORME DOCUMENTOS ANEXOS.

CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA

02  
020500  
10  
122  
2060  
2030  
3.3.90.14.00

PODER EXECUTIVO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Saúde  
Administração Geral  
Gestão da Secretaria Municipal de Saúde  
Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde  
DIÁRIAS - CIVIL

CONTROLE DE PAGAMENTO

| Valor Bruto   | 400,00 | Banco | Conta   | Cheque | Valor R\$   |
|---------------|--------|-------|---------|--------|-------------|
|               |        | 001   | 19161-2 |        | RR\$ 400,00 |
| Valor Líquido | 400,00 |       |         |        |             |

RECIBO

RECEBI DA PREFEITURA DE COLINAS

A IMPORTÂNCIA DE R\$

400,00

(quatrocentos reais) \*\*\*\*\*

DATA: 08/04/2025

DOCUMENTO ANEXO

Credor.: FRANCEANE ALVES DA SILVA  
CNPJ/CPF: 965.000.003-82

Transferência entre contas diversas

Debitado

Nome IPM COLINAS  
Agência 1312-9  
Conta corrente 19161-2

Creditado

Nome FRANCEANE ALVES DA SILVA  
Agência 1312-9  
Conta corrente 7663-5  
Valor 400,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

|              |                                  |                     |
|--------------|----------------------------------|---------------------|
| Assinada por | JB529848 JALDO HENRIQUE PEREIRA  | 08/04/2025 08:52:47 |
|              | JB633554 IVAN PRUDENCIO DA SILVA | 08/04/2025 09:07:56 |

 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 183 /2025 - SEMUS

Colinas- MA, 07 de abril de 2025.

Senhor Secretário,

Venho pelo presente solicitar a V. Sa., a concessão de 02 (duas) diárias, para a Sra. Franceane Alves da Silva, **2º Congresso Cuidar de Todos: Municipalismo Forte na Gestão do SUS.** em São Luís – Ma, no período de 08 a 10 de abril 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 – 1312-9  
C/C – 7663-5  
CPF: 965.000.003-82  
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: 183 |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------|

**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): Franceane Alves da Silva | Matrícula:        |
| Lotação: Secretaria Municipal de Saúde             | Cargo/Função: ACS |

**DADOS SOBRE A VIAGEM**

|                        |                                                                                                                               |                          |                    |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------|
| Finalidade da Viagem   | 2º Congresso Cuidar de Todos: Municipalismo Forte na Gestão do SUS. em São Luís – Ma, no período de 08 a 10 de abril de 2025. |                          |                    |
| Trecho da Viagem       | Data Prevista de Saída                                                                                                        | Data Prevista de Retorno | Meio de Transporte |
| Colinas – São Luís /Ma | 08/04/2025                                                                                                                    | 10/04/2025               |                    |

**VALORES SOLICITADOS**

| Valor das Diárias (Art. 1º Dec. 03/2015) |                |           | Veículo Próprio (Art. 5º) | Valor Total A Receber |
|------------------------------------------|----------------|-----------|---------------------------|-----------------------|
| Quantidade                               | Valor Unitário | Sub-Total |                           |                       |
| 02                                       | 200,00         | 400,00    |                           | 400,00                |

Fonte de Recurso: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

| Local e Data               | Requerente                                      |                                 |
|----------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------|
| Colinas – MA<br>07/04/2025 | Franceane Alves da Silva<br>CPF: 965.000.003-82 | <i>Franceane Alves da 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><br><b>Soliane da Silva Monteiro Silva</b><br>Secretária Municipal de Saúde<br>Port. Nº.002 /2025<br>Colinas - MA |



### RESULTADO DA AVALIAÇÃO

O trabalho intitulado "VACINAÇÃO EXTRAMUROS COMO ESTRATÉGIA PARA ALCANCE DE COBERTURA VACINAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM COLINAS-MARANHÃO" foi **APROVADO** no evento **2º Congresso Cuidar de Todos: Municipalismo Forte na Gestão do SUS** – 2º Congresso de Saúde Coletiva do Estado do Maranhão & 4ª Mostra Científica da SES/MA.

- **Título:** VACINAÇÃO EXTRAMUROS COMO ESTRATÉGIA PARA ALCANCE DE COBERTURA VACINAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM COLINAS-MARANHÃO
- **Número:** 1088334
- **Data de Submissão:** 18/03/2025
- **Modalidade:** Banner
- **Área Temática:** EIXO 1 – EQUIDADE E ACOLHIMENTO EM SAÚDE
- **Autores:** FRANCIMAR DE SOUSA SILVA, Jordania Ferreira De Amorim, Franceane Alves Da Silva, Arícia Borges Alves Rufino

**Cordialmente,**

Comissão Científica

Comissão Científica

[mostra.sesma@gmail.com](mailto:mostra.sesma@gmail.com)

[Texto das mensagens anteriores oculto]





## [congresso-ses] Resultado da Avaliação

1 mensagem

2º Congresso Cuidar de Todos: Municipa via Even3 <message@organizer.even3.com>

seg., 31 de mar. de 2025 às 17:56

Responder para: mostra.sesma@gmail.com

Para: francimardesousasilva0@gmail.com