

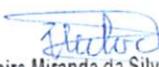


Estado do Maranhão  
Prefeitura Municipal de Colinas  
GABINETE DO PREFEITO

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

2000

STATE OF TEXAS  
COUNTY OF DALLAS

Know all men by these presents, that \_\_\_\_\_ of the County of \_\_\_\_\_ State of Texas, for and in consideration of the sum of \_\_\_\_\_ Dollars, to \_\_\_\_\_ in hand paid by \_\_\_\_\_ the receipt of which is hereby acknowledged, have granted, sold and conveyed, and by these presents do grant, sell and convey unto the said \_\_\_\_\_ of the County of \_\_\_\_\_ State of Texas, all that certain \_\_\_\_\_

38.000

38.500'00

38.000'00

38.500'00

38.500'00

38.500'00

04-17

WITNESSED my hand and seal this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_ 2000.

Notary Public in and for the State of Texas

My commission expires \_\_\_\_\_

Tipo de Empenho: <b>OR - Ordinário</b>		Processo Nº:	Nº Empenho: <b>1125007</b>	
Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente: <b>05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>		Ficha: <b>155</b>	Data da Emissão: <b>25/11/2022</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>3.3.90.14.01 - DIÁRIAS - CIVIL</b>				
SubElemento (STN)/Conta PCASP: <b>3.3.90.14.01 - Diárias Civil Dentro Do Estado</b>				
Credor: <b>KARINA TORRES DE SOUSA</b>				
CNPJ/CPF: <b>605.023.083-89</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 NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, COM O INTUITO DE MARCAR CONSULTAS E RETORNOS DE PACIENTES DO MUNICÍPIO DE COLINAS, JUNTO AO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE CAXIAS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 1 DIÁRIA, NO DIA DE 25 DE NOVEMBRO DO ANO DE 2022, O SERVIDOR OCUPA O CARGO DE ASSISTENTE SOCIAL, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO.				
Documento Fiscal		Valor Total:		
<b>DIÁRIA</b>		<b>100,00</b>		
Valor do documento por extenso: <b>cem reais</b> *****				
Modalidade da Licitação:	Nº Processo Licitatório	PROCESSO	Fonte:	
<b>DISPENSA</b>			<b>00 - Recursos Ordinários</b>	
Ficha: <b>155</b>	Empenhado até a Data: <b>33.725,00</b>	Saldo Anterior: <b>8.275,00</b>	Importância: <b>100,00</b>	Saldo Atual: <b>8.175,00</b>
DADOS ORÇAMENTÁRIOS:				Reservado / Órgão de Controle:
<b>05</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>			
<b>10</b>	Saúde			
<b>122</b>	Administração Geral			
<b>2060</b>	Gestão da Secretaria Municipal de Saúde			
<b>2030</b>	Manutenção das Atividades da Secretaria Municipal de Saúde			
	<b>3.3.90.14.01 - DIÁRIAS - CIVIL</b>			
Autorizo o Empenho dessa Despesa: Em: <b>25/11/2022</b>		Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio: Em: <b>25/11/2022</b>		
 <b>IVAN PRUDENCIO DA SILVA</b> Assessor de Relações Instituc. e Planejamento		 <b>BRUNO SOARES DE OLIVEIRA</b> Contador CRC 013306/O-9		

G. de M. - FORMULÁRIO Nº. 1.3 (08/2014)

PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS

NOTA DE LIQUIDAÇÃO 1125007/ 1

NOTA DE LIQUIDAÇÃO Nº: 1	FICHA: 155	DATA: 25/11/2022	REQUISIÇÃO Nº:
--------------------------	------------	------------------	----------------

LICITAÇÃO: DISPENSA	DOCUMENTO: DIÁRIA	VENCIMENTO: 25/11/2022
---------------------	-------------------	------------------------

NOME: KARINA TORRES DE SOUSA	605.023.083-89	CÓDIGO: 2658
------------------------------	----------------	--------------

FONTES DE RECURSO	DESCRIÇÃO DO MATERIAL E/OU SERVIÇO	VALOR TOTAL
1 Recursos do Exercício Corrente	CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, COM O INTUITO DE MARCAR CONSULTAS E RETORNOS DE PACIENTES DO MUNICÍPIO DE COLINAS, JUNTO AO HOSPITAL MACROREGIONAL DE CAXIAS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 1 DIÁRIA, NO DIA DE 25 DE NOVENBRO DO ANO DE 2022, O	Líquido 100,00
500 Recursos não vinculados de impostos		Desconto 0,00
00 Recursos Ordinários		
001 Ordinarío		
001 Recursos Proprios do Município		
OR	<b>SOMA</b>	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	25/11/2022
A DESPESA REFERENTE A ESTA LIQUIDAÇÃO, FOI DEVIDAMENTE PROCESSADA, ENCONTRANDO-SE EM ORDEM PARA PAGAMENTO.	
DATA	DATA

EMITIDO EM	DATA	VISTO
ORDEN DE PAGAMENTO, PAGUE-SE:	DATA	ORDENADOR DA DESPESA

DESPESA PAGA EM	BANCO	CONTA	CHEQUE	VALOR
RECEBIMOS O VALOR CONSTANTE DESTA LIQUIDAÇÃO				
RECIBO				
NOME: _____				
CNPJ/CPF: _____				

FICHA:	DADOS DA ORDEM DE PAGAMENTO:	DADOS DO EMPENHO:	TIPO:		
Nº: 155	Nº: 07110 Data: 25/11/2022	Nº: 1125007 Data: 25/11/2022			
<b>Credor..: KARINA TORRES DE SOUSA</b>		<b>CNPJ: 605.023.083-89</b>			
<b>Endereço:</b>		<b>CEP:</b>			
<b>Cidade..:</b>		<b>Cod: 2658</b>			
		IMPORTANCIA BRUTA DE .....	R\$ 100,00		
		DESCONTOS.....	R\$ 0,00		
		IMPORTANCIA LÍQUIDA DE .....	R\$ 100,00		
LIQUIDADADA A DESPESA EM: 28/01/2022	PAGUE-SE EM: 25/11/2022  IVAN PRUDENCIO DA SILVA Assessor de Relações Instituc. e Planejamento	PAGO EM: 25/11/2022  JALDO HENRIQUE PEREIRA SECRETARIA DE FINANÇAS			
<b>HISTÓRICO</b> CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, COM O INTUITO DE MARCAR CONSULTAS E RETORNOS DE PACIENTES DO MUNICÍPIO DE COLINAS, JUNTO AO HOSPITAL MACRORREGIONAL DE CAXIAS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 1 DIÁRIA, NO DIA DE 25 DE NOVEMBRO DO ANO DE 2022, O SERVIDOR OCUPA O CARGO DE ASSISTENTE SOCIAL, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO.					
<b>CLASSIFICAÇÃO DA DESPESA</b>					
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				
<b>CONTROLE DE PAGAMENTO</b>					
Valor Bruto	100,00	Banco	Conta	Cheque	Valor R\$
		001	14618-8		RR\$ 100,00
Valor Líquido	100,00				
<b>RECIBO</b>					
RECEBI DA ,PREFEITURA MUNICIPAL DE COLINAS		A IMPORTÂNCIA DE R\$		100,00	
(cem reais) .....					
DATA: 25/11/2022					
<b>DOCUMENTO ANEXO</b>					
Credor..: KARINA TORRES DE SOUSA		CNPJ/CPF: 605.023.083-89			

## Aplicação em poupança

### Debitado

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

### Creditado

Nome KARINA TORRES DE SOUSA  
Agência 1312-9  
Conta corrente 510024109-4  
Variação 51  
Valor 100,00  
Destinação 0  
Data Nesta data

---

Assinada por	JB529848 JALDO HENRIQUE PEREIRA	25/11/2022 11:56:06
	JB530611 VALMIRA MIRANDA DA SILVA BARROSO	25/11/2022 11:56:58

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

Colinas- MA, 24 de Novembro de 2022.

Ofício nº. 308/2022 - SEMUS

Senhor Secretário,

Venho pelo presente solicitar a V. Sa., a concessão de 01(Uma) diária, para a Sra. KARINA TORRES DE SOUSA, para marcação de consultas e retornos de Pacientes liberada para o Município de Colinas, no hospital Macrorregional de Caxias - MA, no período de 25/11/2022. 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: Secretaria Municipal de Saúde  
PROJETO ATIVIDADE: Manut. da Secretaria Munic. de Saúde  
ELEMENTO DE DESPESA: 3.3.90.14 Diárias - Civil

Ag – 1312-9  
C/C – 24.109-1  
Banco do Brasil  
CPF: 605.023.083-89

Atenciosamente,

  
**RITA FRANCISCA RIBEIRO LUCIO**  
Coordenação de Gestão de Pessoas  
Secretaria Municipal de Saúde  
Colinas – MA

Autorizo em

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



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: 308
--	--	---------

**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> Karina Torres de Sousa	<b>Matrícula:</b>
<b>Lotação:</b> Secretaria Municipal de Saúde	<b>Cargo/Função:</b> Assistente Social

**DADOS SOBRE A VIAGEM**

<b>Finalidade da Viagem</b>	Para marcação de Consultas e Retornos de pacientes, liberada para o Município de Colinas - MA no Hospital Macrorregional de Caxias –MA No período de 25 /11 de 2022		
<b>Trecho da Viagem</b>	<b>Data Prevista de Saída</b>	<b>Data Prevista de Retorno</b>	<b>Meio de Transporte</b>
Colinas – Caxias - MA	25/11/2022	25/11/2022	Van

**VALORES SOLICITADOS**

Valor das Diárias (Art. 1º Dec. 03/2015)			Veículo Próprio (Art. 5º)	Valor Total A Receber
Quantidade	Valor Unitário	Sub-Total		
01	100,00	100,00		100,00

**Fonte de Recurso:** SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

<b>Local e Data</b>	<b>Requerente</b>	
Colinas – MA 24/11/2022	Karina Torres de Sousa Assistente Social CPF: 605.023.083-89	<i>Karina T. Sousa</i>

**DESPACHO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

	Data: ___/___/___
Autorizo a concessão e o pagamento das diárias solicitadas na forma da Lei.	<i>Liliane Neves Carvalho</i> <b>Liliane Neves Carvalho</b> Secretária Municipal de Saúde Por. Nº. 10/2021