



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 550,00
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 Miranga da Silva Barroso  
Prefeita Municipal

Tipo de Empenho: <b>OR - Ordinário</b>		Processo Nº:	Nº Empenho: <b>1021011</b>	
Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente: <b>05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>		Ficha: <b>164</b>	Data da Emissão: <b>21/10/2021</b>	
Função: SubFunção: Programa: Tipo Sequência: Ação: <b>10 122 0052 2030 Manutenção da Secretaria 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>JOSE DA GUIA FREITAS CUNHA</b>				
CNPJ/CPF: <b>745.586.413-20</b>		Inscrição Estadual/RG:		
Endereço:		Telefone:		
Cidade: <b>COLINAS</b>		CEP: <b>65690-000</b>	UF: <b>MA</b>	
Descrição do Empenho: VALOR QUE SE EMPENHA PARA OCORRER A DESPESA COM: CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA PARTICIPAR DE OFICINA DA MACROREGIONAL DE PARAMETRIZACAO DO PLANEJAMENTO REGIONAL INTEGRADO-PRI, REALIZADA DA CIDADE DE SAO LUIS NOS DIAS 24 A 27 DE OUTUBRO DE 2021, CONFORME DOCUMENTOS ANEXO.				
Documento Fiscal				Valor Total: <b>600,00</b>
Valor do documento por extenso: <b>seiscentos reais</b> *****				
Modalidade da Licitação: <b>DISPENSA</b>	Nº Processo Licitatório	<b>PROCESSO</b>	Fonte: <b>02 - Receitas de Impostos e de Transferências</b>	
Ficha: <b>164</b>	Empenhado até a Data: <b>11.635,00</b>	Saldo Anterior: <b>10.365,00</b>	Importância: <b>600,00</b>	Saldo Atual: <b>9.765,00</b>
DADOS ORÇAMENTÁRIOS: <b>05 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b> <b>10 Saúde</b> <b>122 Administração Geral</b> <b>0052 Administração Geral</b> <b>2030 Manutenção da Secretaria de Saúde</b> <b>3.3.90.14.01 - DIÁRIAS - CIVIL</b>				Reservado / Órgão de Controle:
Autorizo o Empenho dessa Despesa: Em: 21/10/2021		Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio: Em: 21/10/2021		
IVAN PRUDENCIO DA SILVA Assessor de Relações Instituc. e Planejamento		BRUNO SOARES DE OLIVEIRA Contador CRC 013306/O-9		







**Transferência entre contas diversas**

**Debitado**

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

**Creditado**

Nome                    **JOSE DA G. F. DA CUNHA**  
Agência                **1312-9**  
Conta corrente        **12227-0**  
Valor                   **600,00**  
Destinação            **0**  
Data                    **Nesta data**

---

Assinada por	<b>JB529848 JALDO HENRIQUE PEREIRA</b>	<b>21/10/2021 15:52:46</b>
	<b>JB530611 VALMIRA MIRANDA DA SILVA BARROSO</b>	<b>21/10/2021 15:54:17</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. 238/ 2021 - SEMUS

Colinas- MA, 21 de Outubro de 2021.

Senhor Secretário,

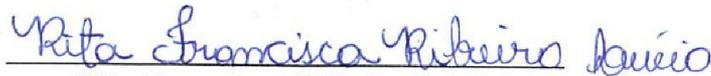
Venho pelo presente solicitar a V. Sa., a concessão de 03 (Três) diárias, para o Sr. **Jose da Guia Freitas da Cunha** para participar da Oficina Macrorregional de Parametrização do Planejamento Regional Integrado - PRI, em São Luís – MA, nos dias 25 e 26 /10/2021 . Segue em anexo o pedido de Concessão 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 – 12.227-0  
Banco do Brasil  
CPF: 745.586.413-20

Atenciosamente,



**Rita Francisca Ribeiro Lúcio**  
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:238
--	--	--------

**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> Jose da Guia Freitas da Cunha	<b>Matrícula:</b>
<b>Lotação:</b> Secretaria Municipal de Saúde	<b>Cargo/Função:</b> Assistente Administrativo

**DADOS SOBRE A VIAGEM**

<b>Finalidade da Viagem</b>	Para participar da <b>Oficina Macrorregional de Parametrização do Planejamento Regional Integrado - PRI</b> , em São Luís – MA, nos dias 25/10 /2021 e 26/10 /2021.		
<b>Trecho da Viagem</b>	<b>Data Prevista de Saída</b>	<b>Data Prevista de Retorno</b>	<b>Meio de Transporte</b>
Colinas – São Luis/MA	24/10/2021	27/10/2021	

**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 22/01/2020	 Jose da Guia Freitas da Cunha Assistente Administrativo CPF. 745.586.413-20

**DESPACHO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

	Data: ___/___/___
Autorizo a concessão e o pagamento das diárias solicitadas na forma da Lei.	 <b>Liliane Neves Carvalho</b> Secretária Municipal de Saúde Por. Nº. 010/2021