



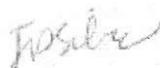
Estado do Maranhão
Prefeitura Municipal de Colinas
GABINETE DO PREFEITO

| 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 * ACESSOR 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: 224001 | |
| Unidade Orçamentária ou Unidade Administrativa Emitente: 05 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE | | Ficha: 159 | Data da Emissão: 24/02/2025 | |
| 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: WALYSON GUSTAVO SILVA DE FREITAS | | | | |
| CNPJ/CPF: 044.460.433-23 | | 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, PARTICIPAR DE UMA OFICINA DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE BUCAL, NA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE-SES, NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 04 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 24 A 27 DE FEVEREIRO DE 2025, O SERVIDOR OCUPA O CARGO DE COORDENADOR DE ATENÇÃO BUCAL, CONFORME DOCUMENTOS ANEXOS. | | | | |
| Documento Fiscal | | | Valor Total: 920,00 | |
| Valor do documento por extenso: novecentos e vinte reais ***** | | | | |
| Modalidade da Licitação: DISPENSA | Nº Processo Licitatório | PROCESSO | Fonte: 00 - Recursos Ordinários | |
| Ficha: 159 | Empenhado até a Data: 11.780,00 | Saído Anterior: 10.220,00 | Importância: 920,00 | Saldo Atual: 9.300,00 |
| 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: 24/02/2025 | | Essa despesa foi empenhada em Crédito Próprio: Em: 24/02/2025 | | |
|  IVAN PRUDENCIO DA SILVA ASSESSOR DE RELAÇÕES INSTITUCIONAIS E PLANEJA | |  BRUNO SOARES DE OLIVEIRA Contador CRC 013306/O-9 | | |

| | | | |
|--------------------------|---|--|-------|
| FICHA: Nº: 159 | DADOS DA ORDEM DE PAGAMENTO: Nº: 227372 Data: 24/02/2025 | DADOS DO EMPENHO: Nº: 224001 Data: 24/02/2025 | TIPO: |
|--------------------------|---|--|-------|

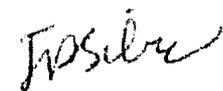
Credor..: WALYSON GUSTAVO SILVA DE FREITAS CNPJ: 044.460.433-23
Endereço: CEP:
Cidade..: Cod: 148

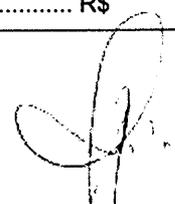
| | | |
|------------------------------|-----|--------|
| IMPORTANCIA BRUTA DE | R\$ | 920,00 |
| DESCONTOS..... | R\$ | 0,00 |
| IMPORTANCIA LÍQUIDA DE | R\$ | 920,00 |

LIQUIDADADA A DESPESA EM:
24/02/2025

PAGUE-SE EM:
24/02/2025

PAGO EM:
24/02/2025


 IVAN PRUDENCIO DA SILVA
 CHEFE DE RELACIONES INSTITUCIONAIS E PLAN


 JALDO HENRIQUE PEREIRA
 SECRETARIA DE FINANÇAS

HISTÓRICO

CONCESSÃO DE DIÁRIAS PARA REALIZAÇÃO DE VIAGEM NO INTERESSE DO SERVIÇO PÚBLICO MUNICIPAL, PARTICIPAR DE UMA OFICINA DE CAPACITAÇÃO EM SAÚDE BUCAL, NA SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE-SES, NA CIDADE DE SÃO LUÍS-MA, UTILIZANDO A QUANTIDADE DE 04 DIÁRIAS, NO PERÍODO DE 24 A 27 DE FEVEREIRO DE 2025, O SERVIDOR OCUPA O CARGO DE COORDENADOR DE ATENÇÃO BUCAL, CONFORME DOCUMENTOS ANEXOS.

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 | 920,00 | Banco | Conta | Cheque | Valor R\$ |
| | | 001 | 14618-8 | | RR\$ 920,00 |
| Valor Líquido | 920,00 | | | | |

RECIBO

RECEBI DA ,PREFEITURA DE COLINAS A IMPORTÂNCIA DE R\$ **920,00**
 (novecentos e vinte reais)

DATA: 24/02/2025

DOCUMENTO ANEXO

Credor..: **WALYSON GUSTAVO SILVA DE FREITAS**
 CNPJ/CPF: **044.460.433-23**



Aplicação em poupança**Debitado**

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

Creditado

Nome WALYSON GUSTAVO S FREITAS
Agência 1312-9
Conta corrente 510017797-3
Variação 51
Valor 920,00
Destinação 0
Data Nesta data

Assinada por JB529848 JALDO HENRIQUE PEREIRA 24/02/2025 17:37:03
JB633554 IVAN PRUDENCIO DA SILVA 24/02/2025 17:41:35

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.94 / 2025 - SEMUS

Colinas- MA, 24 de fevereiro de 2025.

Senhor Secretário,

Venho pelo presente solicitar a V. Sa., a concessão de 04 (quatro) diárias, para o Sr. WALYSON GUSTAVO SILVA DE FREITAS, participar de uma Oficina de Capacitação em Saúde Bucal, na Secretaria do Estado de Saúde - SES, Em São Luís – MA, no período de 24,25,26 e 27 de fevereiro 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: 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/P – 17797-0 Variação 51
CPF:044.460.433-23
Banco do Brasil

Atenciosamente,

Rita Francisca Ribeiro Lúcio

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:94 |
|--|--|-------|

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): WALYSON GUSTAVO SILVA DE FREITAS | Matrícula:cp |
| Lotação: Secretaria Municipal de Saúde | Cargo/Função: Coordenador da Atenção Bucal |

DADOS SOBRE A VIAGEM

| | | | |
|------------------------|--|--------------------------|--------------------|
| Finalidade da Viagem | participar de uma Palestra sobre Saúde Bucal, na Secretaria do Estado de Saúde - SES, Em São Luís – MA, no período de 24,25,26 e 27 de fevereiro 2025. | | |
| Trecho da Viagem | Data Prevista de Saída | Data Prevista de Retorno | Meio de Transporte |
| Colinas – São Luís /MA | 24/02/2025 | 27/02/2025 | |

VALORES SOLICITADOS

| Valor das Diárias (Art. 1º Dec. 03/2015) | | | Veículo Próprio (Art. 5º) | Valor Total A Receber |
|--|----------------|-----------|---------------------------|-----------------------|
| Quantidade | Valor Unitário | Sub-Total | | |
| 04 | 230,00 | 920,00 | | 920,00 |

Fonte de Recurso: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

| Local e Data | Requerente | |
|----------------------------|---|--|
| Colinas – MA 24/02/2025 | Walyson Gustavo Silva de Freitas Coordenador da Atenção Bucal CPF. 044.460.433-23 | |

DESPACHO DO SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

| | |
|---|---|
| | Data: ___/___/___ |
| Autorizo a concessão e o pagamento das diárias solicitadas na forma da Lei. | Soliane da Silva Monteiro Secretária Municipal de Saúde Portaria : 002/2025 |