



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA FLORESTA - PB**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**



**REQUERIMENTO DE DIÁRIAS**

**Dados da Diária**

**Dados do Requerente**

<b>Requerente:</b> LAYANE RAQUEL ABDIAS DA SILVA	<b>Matrícula:</b> 2555	<b>CPF:</b> XXX.175.684.XX	<b>Identidade:</b> XXX-411-8
<b>Secretaria:</b> SECRETARIA DE SAÚDE	<b>Cargo:</b> ENFERMEIRA	<b>Banco:</b> BRADESCO	<b>Agência:</b> 5776
			<b>Conta:</b> 23699-3

**Dados do Objetivo**

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA DE SAÚDE - TRANSFERIR PACIENTE PARA HOSPITAL DE TRAUMA

**Demais Informações**

<b>Cidade de Destino:</b> CAMPINA GRANDE	<b>Estado de Destino:</b> PB	<b>Transporte Utilizado</b> RLT7B82
<b>Data da Saída:</b> 09/04/2026	<b>Data do Retorno:</b> 09/04/2026	
<b>Duração da Viagem:</b> ACIMA DE 6 HORAS	<b>Diárias Solicitadas:</b> 1	<b>Valor Diária</b> R\$ 40,00
		<b>Valor Extenso</b> 40,00
		<b>Fundamentação Legal:</b> LEI 1091 2022

**Data e Assinatura Requerente**

NOVA FLORESTA, Quinta-feira, 9 de Abril de 2026

\_\_\_\_\_  
Requerente

**Atestado**

Atesto para os devidos fins de comprovação a necessidade de deslocamento a serviço deste município do requerente, fazendo o mesmo jus as diárias solicitadas.

NOVA FLORESTA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Secretaria e/ou Chefe Imediato

**Tesouraria**

Foi providenciado conforme determinação do Prefeito. Arquiva-se

NOVA FLORESTA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tesouraria