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

REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

Dados da Diária

Dados do Requerente

Requerente: IRAN MARTINS COSTA		**Matrícula:** 56	**CPF:** XXX.224.854.XX	**Identidade:** XXX-388.1
Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE	**Cargo:** MOTORISTA	**Banco:** BRADESCO	**Agência:** 5776	**Conta:** 592650-5

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTES PARA TPARA CLÍNICA CAP E HOSPITAL DA VISÃO.

Demais Informações

Cidade de Destino: CAMPINA GRANDE	**Estado de Destino:** PB			**Transporte Utilizado** QSA 4575
Data da Saída: 19/01/2023	**Data do Retorno:** 19/01/2023			
Duração da Viagem: 8	**Diárias Solicitadas:** 1	**Valor Diária** R$ 40,00	**Valor Extenso** 40,00	**Fundamentação Legal:** LEI Nº 1.091/2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Quinta-feira, 19 de Janeiro de 2023

_____
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