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

REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

Dados da Diária

Dados do Requerente

Requerente:		**Matrícula:**	**CPF:**	**Identidade:**
MADSON LUCIEILDON CRUZ DA COSTA		0002510	XXX.009.774.XX	XXX-11.66
Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
	MOTORISTA	237	57762	05940567

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA HOSPITAL DAS CLINICAS

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**			**Transporte Utilizado**
CAMPINA GRANDE	PB			SLE-9B86
Data da Saída:	**Data do Retorno:**			
25/07/2026	25/07/2026			
Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
9 HORAS	1	R$ 60,00	60,00	LEI 1319 2026

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sábado, 25 de Julho 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