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:**
MARCELO DAVSON RAMOS		2408	XXX.843.424.XX	XXX-11.51
Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
SECRETARIA DE SAÚDE	DIRETOR DA UNIDADE MISTA DE SAUDE	BRASIL	0657-2	21419-1

Dados do Objetivo

LEVAR AMBULÂNCIA NOVA OARA INSPEÇÃO DA MESMO AO ORGÃO COMPETENTE

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**			**Transporte Utilizado**
CAMPINA GRANDE	PB			TPH7E94
Data da Saída:	**Data do Retorno:**			
07/07/2026	07/07/2026			
Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
9 HORAS	1	R$ 100,00	100,00	LEI 1319 2026

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Terça-feira, 7 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