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:**
MICHELLI KARINE DE ARAUJO DA SILVA		2955	XXX.921.514.XX	XXX-83.27
Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
SECRETARIA DE SAÚDE	COORDENADORA DE REGULAÇÃO DE EXAMES	237	5776	7654-6

Dados do Objetivo

PARTICIPAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO DO MONITORAMENTO DA PROGRAMAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAUDE - PAES

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**			**Transporte Utilizado**
JOAO PESSOA	PB			TPB8C66
Data da Saída:	**Data do Retorno:**			
06/08/2026	07/08/2026			
Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
36 HORAS	2	R$ 300,00	300,00	LEI 1319 2026

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Quinta-feira, 6 de Agosto 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