**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:** |
|---|---|---|---|---|
| PAULO SÉRGIO DA SILVA | | 1468 | XXX.512.024.XX | XXX-36.75 |
| **Secretaria:** | **Cargo:** | **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |
| SECRETARIA DE SAÚDE | MOTORISTA | BRADESCO | 5776 | 4595-0 |

#### Dados do Objetivo

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

#### Demais Informações

| **Cidade de Destino:** | **Estado de Destino:** | | | **Transporte Utilizado** |
|---|---|---|---|---|
| CAMPINA GRANDE | PB | | | TPH7E94 |
| **Data da Saída:** | **Data do Retorno:** | | | |
| 26/07/2026 | 26/07/2026 | | | |
| **Duração da Viagem:** | **Diárias Solicitadas:** | **Valor Diária** | **Valor Extenso** | **Fundamentação Legal:** |
| ACIMA DE 6 HORAS | 1 | R$ 60,00 | 60,00 | LEI 1319 2026 |

### Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Domingo, 26 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