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

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA DE SAÚDE - TRANSFERIR PACIENTE PARA O HOSPITAL DA FAP

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**			**Transporte Utilizado**
CAMPINA GRANDE	PB			RLT7B82
Data da Saída:	**Data do Retorno:**			
14/09/2026	14/09/2026			
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, Segunda-feira, 14 de Setembro 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