**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: |
|---|---|---|---|
| EVANUEL PEDRO DA SILVA | 2493 | XXX.230.414.XX | XXX-7.116 |

| Secretaria: | Cargo: | Banco: | Agência: | Conta: |
|---|---|---|---|---|
| SECRETARIA DE SAÚDE | MOTORISTA | 237 | 57762 | 00057789 |

#### Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA A FAP

#### Demais Informações

| Cidade de Destino: | Estado de Destino: | Transporte Utilizado |
|---|---|---|
| CAMPINA GRANDE | PB | TPB-2B40 |

| Data da Saída: | Data do Retorno: |
|---|---|
| 15/10/2026 | 15/10/2026 |

| Duração da Viagem: | Diárias Solicitadas: | Valor Diária | Valor Extenso | Fundamentação Legal: |
|---|---|---|---|---|
| 10 HORAS | 1 | R$ 60,00 | 60,00 | LEI 1319 2026 |

### Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Quinta-feira, 15 de Outubro 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