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 HOSPITAL DAS CLINICAS

Demais Informações

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

Data da Saída:	**Data do Retorno:**
16/10/2026	16/10/2026

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, Sexta-feira, 16 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