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:**
LAYANE RAQUEL ABDIAS DA SILVA	2555	XXX.175.684.XX	XXX-411-8

Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
SECRETARIA DE SAÚDE	ENFERMEIRA	BRADESCO	5776	23699-3

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA DE SAÚDE - TRASNFERIR PACIENTE PARA HOSPITAL DE TRUAMA

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**	**Transporte Utilizado**
CAMPINA GRANDE	PB	TPH7E94

Data da Saída:	**Data do Retorno:**
04/10/2026	04/10/2026

Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
ACIMA DE 6 HORAS	1	R$ 100,00	100,00	LEI 1319 2026

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Domingo, 4 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