**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:** |
|---|---|---|---|
| CARLOS MAGNUS LOURENÇO RIBEIRO | 1385 | XXX.548.974.XX | XXX-29.30 |

| **Secretaria:** | **Cargo:** | **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |
|---|---|---|---|---|
| SECRETARIA DE SAÚDE | MOTORISTA | BRADESCO | 5776 | 2448-1 |

#### 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 | SKZ3F46 |

| **Data da Saída:** | **Data do Retorno:** |
|---|---|
| 27/10/2026 | 27/10/2026 |

| **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, Terça-feira, 27 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