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:**
MARCULINO DE PONTES BERNARDINO	2389	XXX.565.684.XX	XXX-03.28

Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
SECRETARIA DE SAÚDE	MOTORISTA			

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTES PARA HOSPITAL METROPOLITANO E ARLINDA MARQUES.

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**	**Transporte Utilizado**
JOÃO PESSOA	PB	RLT 5A74

Data da Saída:	**Data do Retorno:**
09/01/2023	09/01/2023

Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
10	1	R$ 40,00	40,00	LEI Nº 1.091/2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Segunda-feira, 9 de Janeiro de 2023

_____
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