



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA FLORESTA - PB
SECRETARIA DE FINANÇAS



REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

Dados da Diária

Dados do Requerente

| | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Requerente: LAYANE RAQUEL ABDIAS DA SILVA | Matrícula: 2555 | CPF: XXX.175.684.XX | Identidade: XXX-411-8 |
| Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE | Cargo: ENFERMEIRA | Banco: | Agência: |
| | | | Conta: |

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA DE SAUDE - TRANSFERIR PACIENTE PARA HOSPITAL DE TRAUMA

Demais Informações

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Cidade de Destino: CAMPINA GRANDE | Estado de Destino: PB | Transporte Utilizado RLT7C02 |
| Data da Saída: 20/10/2024 | Data do Retorno: 20/10/2024 | |
| Duração da Viagem: ACIMA DE 6 HORAS | Diárias Solicitadas: 1 | Valor Diária R\$ 40,00 |
| | | Valor Extenso 40,00 |
| | | Fundamentação Legal: LEI 1091 2022 |

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Domingo, 20 de Outubro de 2024

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