**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:** |
|---|---|---|---|---|
| SEBASTIÃO MURILO DINIZ DE OLIVEIRA | | 2418 | XXX.722.044.XX | XXX-72014 |
| **Secretaria:** | **Cargo:** MOTORISTA | **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |

#### Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA TRATAMENTO NO HOSPITAL IMIP.

#### Demais Informações

| **Cidade de Destino:** | **Estado de Destino:** | | | **Transporte Utilizado** |
|---|---|---|---|---|
| RECIFE | PE | | | RLT 5A74 |
| **Data da Saída:** | **Data do Retorno:** | | | |
| 13/01/2023 | 13/01/2023 | | | |
| **Duração da Viagem:** | **Diárias Solicitadas:** | **Valor Diária** | **Valor Extenso** | **Fundamentação Legal:** |
| 15 | 1 | R$ 80,00 | 80,00 | LEI Nº 1.091/2022 |

### Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sexta-feira, 13 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