



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



**REQUERIMENTO DE DIÁRIAS**

**Dados da Diária**

**Dados do Requerente**

<b>Requerente:</b> JOAB DA SILVA COSTA	<b>Matrícula:</b> 0001998	<b>CPF:</b> XXX.501.094.XX	<b>Identidade:</b> XXX-819-1
<b>Secretaria:</b> SECRETARIA DE EDUCAÇÃO	<b>Cargo:</b> MOTORISTA ESCOLAR	<b>Banco:</b> 001	<b>Agência:</b> 06572
			<b>Conta:</b> 338540

**Dados do Objetivo**

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA HOSPITAL DAS CLINICAS

**Demais Informações**

<b>Cidade de Destino:</b> CAMPINA GRANDE	<b>Estado de Destino:</b> PB	<b>Transporte Utilizado</b> SLE2G89
<b>Data da Saída:</b> 05/07/2025	<b>Data do Retorno:</b> 05/07/2025	
<b>Duração da Viagem:</b> 8 HORAS	<b>Diárias Solicitadas:</b> 1	<b>Valor Diária</b> R\$ 80,00
		<b>Valor Extenso</b> 80,00
		<b>Fundamentação Legal:</b> LEI 1091 2022

**Data e Assinatura Requerente**

NOVA FLORESTA, Sábado, 5 de Julho de 2025

\_\_\_\_\_  
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