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:**
GILBERTO GONÇALVES DOS SANTOS		2400	XXX.328.594.XX	XXX-09.44
Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
	MOTORISTA	237	5776	5929580

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA HOSPITAL MUNICIPAL RAYMUNDO FRANCELINO ARAGAO

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**			**Transporte Utilizado**
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE	PE			SLE9B46
Data da Saída:	**Data do Retorno:**			
26/07/2025	26/07/2025			
Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
8 HORAS	1	R$ 80,00	80,00	LEI 1091 2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sábado, 26 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