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:**
JOSE FERNANDO DA SILVA		2636	XXX.109.324.XX	XXX-171-1
Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
SECRETARIA DE SAÚDE	DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE ACS E ACE	237	5776	00019111-6

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE OS INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**			**Transporte Utilizado**
JOÃO PESSOA	PB			TPB2B40
Data da Saída:	**Data do Retorno:**			
08/08/2025	08/08/2025			
Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
9 HORAS	1	R$ 40,00	40,00	LEI 1091 2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sexta-feira, 8 de Agosto 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