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:**
ROBSON TIAGO RIBEIRO DE LIMA		2987	XXX.596.564.XX	XXX-00.32
Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE	**Cargo:** SECRETARIO DE SAUDE	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**

Dados do Objetivo

RESOLVER ASSUNTOS RELACIONADO AO PPI MO HOSPITAL LAUREANO.

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**			**Transporte Utilizado**
JOÃO PESSOA	PB			SLE9B86
Data da Saída:	**Data do Retorno:**			
08/07/2025	08/07/2025			
Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
10 HORAS	1	R$ 100,00	100,00	LEI 1091 2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Terça-feira, 8 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