



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



REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

Dados da Diária

Dados do Requerente

| | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Requerente: ROBSON TIAGO RIBEIRO DE LIMA | Matrícula: 2987 | CPF: XXX.596.564.XX | Identidade: XXX-00.32 |
| Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE | Cargo: SECRETARIO DE SAUDE | Banco: | Agência: |
| | | | Conta: |

Dados do Objetivo

RECEBER RECEITAS DE CONTROLE PSICOTROPICOS.

Demais Informações

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Cidade de Destino: CAMPINA GRANDE | Estado de Destino: PB | Transporte Utilizado TPB2C20 |
| Data da Saída: 17/07/2025 | Data do Retorno: 17/07/2025 | |
| Duração da Viagem: 9 HORAS | Diárias Solicitadas: 1 | Valor Diária R\$ 100,00 |
| | | Valor Extenso 100,00 |
| | | Fundamentação Legal: LEI 1091 2022 |

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Quinta-feira, 17 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