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:**
MARCOS GONÇALVES DA SILVA	3218	XXX.527.994.XX	XXX-71.33

Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
SECRETARIA DE SAÚDE	ENFERMEIRO	BRADESCO	5776	035171-4

Dados do Objetivo

ACOMPANHAR PACIENTE PARA ONCOCLINICA PARA AVALIÇÃO

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**	**Transporte Utilizado**
NATAL	RN	RLT7B82

Data da Saída:	**Data do Retorno:**
25/08/2025	25/08/2025

Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
ACIMA DE 06:00 HORAS	1	R$ 80,00	80,00	LEI 1091 2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Segunda-feira, 25 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