**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:** |
|---|---|---|---|---|
| JAILMA PAULO TEIXEIRA | | 2131 | XXX.845.654.XX | XXX-87.74 |
| **Secretaria:** | **Cargo:** | **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |
| SECRETARIA DE SAÚDE | ENFERMEIRO | BRADESCO | 5776 | 12406-0 |

#### Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA DE SAUDE - TRANSFERIR PACIENTE PARA HOSPITAL DE TRAUMA

#### Demais Informações

| **Cidade de Destino:** | **Estado de Destino:** | | | **Transporte Utilizado** |
|---|---|---|---|---|
| CAMPINA GRANDE | PB | | | SKZ3F46 |
| **Data da Saída:** | **Data do Retorno:** | | | |
| 02/10/2025 | 02/10/2025 | | | |
| **Duração da Viagem:** | **Diárias Solicitadas:** | **Valor Diária** | **Valor Extenso** | **Fundamentação Legal:** |
| ACIMA DE 6 HORAS | 1 | R$ 40,00 | 40,00 | LEI 1091 2022 |

### Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Quinta-feira, 2 de Outubro 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