**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:** |
|---|---|---|---|
| SABRINA DA SILVA ALVES FAUSTO | 2173 | XXX.023.344.XX | XXX-33.79 |

| **Secretaria:** | **Cargo:** | **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |
|---|---|---|---|---|
| SECRETARIA DE SAÚDE | ENFERMEIRA | BRADESCO | 5776 | 13917-3 |

#### 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:** |
|---|---|
| 21/10/2025 | 21/10/2025 |

| **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, Terça-feira, 21 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