



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



REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

Dados da Diária

Dados do Requerente

| | | | |
|---|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Requerente: IRAN MARTINS COSTA | Matrícula: 56 | CPF: XXX.224.854.XX | Identidade: XXX-388.1 |
| Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE | Cargo: MOTORISTA | Banco: BRADESCO | Conta: 592650-5 |

Dados do Objetivo

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

Demais Informações

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Cidade de Destino: CAMPINA GRANDE | Estado de Destino: PB | Transporte Utilizado RL7C02 |
| Data da Saída: 28/10/2025 | Data do Retorno: 28/10/2025 | |
| Duração da Viagem: ACIMA DE 6 HORAS | Diárias Solicitadas: 1 | Valor Diária R\$ 40,00 |
| | Valor Extenso 40,00 | Fundamentação Legal: LEI 1091 2022 |

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Terça-feira, 28 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