



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



**REQUERIMENTO DE DIÁRIAS**

**Dados da Diária**

**Dados do Requerente**

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

**Dados do Objetivo**

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA DE SAUDE - TRANSFERIR PACIENTE PARA HOSPITAL E MATERNIDADE JANUARIO SICO

**Demais Informações**

<b>Cidade de Destino:</b> NATAL	<b>Estado de Destino:</b> RN	<b>Transporte Utilizado</b> SKZ3F46
<b>Data da Saída:</b> 14/10/2025	<b>Data do Retorno:</b> 14/10/2025	
<b>Duração da Viagem:</b> ACIMA DE 6 HORAS	<b>Diárias Solicitadas:</b> 1	<b>Valor Diária</b> R\$ 80,00
	<b>Valor Extenso</b> 80,00	<b>Fundamentação Legal:</b> LEI 1091 2022

**Data e Assinatura Requerente**

NOVA FLORESTA, Terça-feira, 14 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