**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:** |
|---|---|---|---|
| JOSE REGINALDO DE SOUZA JÚNIOR | 1458 | XXX.932.224.XX | XXX-82.30 |

| **Secretaria:** | **Cargo:** | **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |
|---|---|---|---|---|
| SECRETARIA DE SAÚDE | MOTORISTA | BRASIL | 0657-2 | 30.344-5 |

#### Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA DE SAUDE - TRANSFERIR PACIENTE PARA CONSULTA NO HOSPITAL VALÉRA SANTIAGO

#### Demais Informações

| **Cidade de Destino:** | **Estado de Destino:** | **Transporte Utilizado** |
|---|---|---|
| NATAL | RN | RLT7C02 |

| **Data da Saída:** | **Data do Retorno:** |
|---|---|
| 27/10/2025 | 27/10/2025 |

| **Duração da Viagem:** | **Diárias Solicitadas:** | **Valor Diária** | **Valor Extenso** | **Fundamentação Legal:** |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 | R$ 80,00 | 80,00 | LEI 1091 2022 |

### Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Segunda-feira, 27 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