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:**
FRANCINALDO PEREIRA DE ARAÚJO	764	XXX.455.604.XX	XXX-076.8

Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
SECRETARIA DE SAÚDE	MOTORISTA	BRADESCO	5776	591117-6

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA DE SAUDE - RETORNO DE PACIENTE PARA HOSPITAL DO HELP

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**	**Transporte Utilizado**
CAMPINA GRANDE	PB	RLT7B82

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