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:**
SEBASTIÃO MURILO DINIZ DE OLIVEIRA		2418	XXX.722.044.XX	XXX-72014
Secretaria:	**Cargo:** MOTORISTA	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTES PARA HOSPITAL IMIP.

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**			**Transporte Utilizado**
RECIFE	PE			RLT 5A74
Data da Saída:	**Data do Retorno:**			
18/01/2023	18/01/2023			
Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
15	1	R$ 80,00	80,00	LEI Nº 1.091/2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Quarta-feira, 18 de Janeiro de 2023

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