**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:** |
|---|---|---|---|---|
| JACKSON LAMONIER SANTOS | | 1384 | XXX.641.594.XX | XXX-35.95 |
| **Secretaria:** | **Cargo:** | **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |
| | MOTORISTA | 001 | 6572 | 376965 |

#### Dados do Objetivo

SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA FAP

#### Demais Informações

| **Cidade de Destino:** | **Estado de Destino:** | | | **Transporte Utilizado** |
|---|---|---|---|---|
| CAMPINA GRANDE | PB | | | SLC3H40 |
| **Data da Saída:** | **Data do Retorno:** | | | |
| 08/10/2025 | 08/10/2025 | | | |
| **Duração da Viagem:** | **Diárias Solicitadas:** | **Valor Diária** | **Valor Extenso** | **Fundamentação Legal:** |
| 8 HORAS | 1 | R$ 40,00 | 40,00 | LEI 1091 2022 |

### Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Quarta-feira, 8 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