**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:** |
|---|---|---|---|---|
| GILBERTO GONÇALVES DOS SANTOS | | 2400 | XXX.328.594.XX | XXX-09.44 |
| **Secretaria:** | **Cargo:** | **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |
| | MOTORISTA | 237 | 5776 | 5929580 |

#### 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 | | | SLE9B46 |
| **Data da Saída:** | **Data do Retorno:** | | | |
| 18/10/2025 | 18/10/2025 | | | |
| **Duração da Viagem:** | **Diárias Solicitadas:** | **Valor Diária** | **Valor Extenso** | **Fundamentação Legal:** |
| 8 HORAS | 1 | R$ 80,00 | 80,00 | LEI 1091 2022 |

### Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sábado, 18 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