



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA FLORESTA - PB**  
**SECRETARIA DE FINANÇAS**



**REQUERIMENTO DE DIÁRIAS**

Dados da Diária

Dados do Requerente

<b>Requerente:</b> MADSON LUCIEILDON CRUZ DA COSTA	<b>Matrícula:</b> 0002510	<b>CPF:</b> XXX.009.774.XX	<b>Identidade:</b> XXX-11.66
<b>Secretaria:</b>	<b>Cargo:</b> MOTORISTA	<b>Banco:</b> 237	<b>Agência:</b> 57762
			<b>Conta:</b> 05940567

Dados do Objetivo

SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA FAP

Demais Informações

<b>Cidade de Destino:</b> CAMPINA GRANDE	<b>Estado de Destino:</b> PB	<b>Transporte Utilizado</b> SLE9B86
<b>Data da Saída:</b> 15/11/2025	<b>Data do Retorno:</b> 15/11/2025	
<b>Duração da Viagem:</b> 8 HORAS	<b>Diárias Solicitadas:</b> 1	<b>Valor Diária</b> R\$ 80,00
		<b>Valor Extenso</b> 80,00
		<b>Fundamentação Legal:</b> LEI 1091 2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sábado, 15 de Novembro 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