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:
EVANUEL PEDRO DA SILVA	2493	XXX.230.414.XX	XXX-7.116

Secretaria:	Cargo:	Banco:	Agência:	Conta:
SECRETARIA DE SAÚDE	MOTORISTA	237	57762	00057789

Dados do Objetivo

SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA HOSPITAL MUNICIPAL

Demais Informações

Cidade de Destino:	Estado de Destino:	Transporte Utilizado
SOLEDADE	PB	SLB7E37

Data da Saída:	Data do Retorno:
09/11/2025	09/11/2025

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, Domingo, 9 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