



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



REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

Dados da Diária

Dados do Requerente

| | | | |
|--|----------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Requerente: EVANUEL PEDRO DA SILVA | Matrícula: 2493 | CPF: XXX.230.414.XX | Identidade: XXX-7.116 |
| Secretaria: SECRETARIA DE SAÚDE | Cargo: MOTORISTA | Banco: 237 | Agência: 57762 |
| | | | Conta: 00057789 |

Dados do Objetivo

SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA HELP

Demais Informações

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Cidade de Destino: CAMPINA GRANDE | Estado de Destino: PB | Transporte Utilizado TPB-2B40 |
| Data da Saída: 03/12/2025 | Data do Retorno: 03/12/2025 | |
| Duração da Viagem: 9 HORAS | Diárias Solicitadas: 1 | Valor Diária R\$ 40,00 |
| | | Valor Extenso 40,00 |
| | | Fundamentação Legal: LEI 1091 2022 |

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Quarta-feira, 3 de Dezembro 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