



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



REQUERIMENTO DE DIÁRIAS

Dados da Diária

Dados do Requerente

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

Dados do Objetivo

SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA FAP

Demais Informações

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Cidade de Destino: CAMPINA GRANDE | Estado de Destino: PB | Transporte Utilizado SLE-9B86 |
| Data da Saída: 26/12/2025 | Data do Retorno: 26/12/2025 | |
| Duração da Viagem: 10 HORAS | Diárias Solicitadas: 1 | Valor Diária R\$ 40,00 |
| | | Valor Extenso 40,00 |
| | | Fundamentação Legal: LEI 1091 2022 |

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sexta-feira, 26 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