



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



**REQUERIMENTO DE DIÁRIAS**

Dados da Diária

Dados do Requerente

<b>Requerente:</b> IARA MAYANNE DE CASTRO ARAUJO FARIAS	<b>Matrícula:</b> 2610	<b>CPF:</b> XXX.157.504.XX	<b>Identidade:</b> XXX-735-8
<b>Secretaria:</b> SECRETARIA DE SAÚDE	<b>Cargo:</b> ENFERMEIRA	<b>Banco:</b> BRASIL	<b>Agência:</b> 0657-2
			<b>Conta:</b> 30.698-3

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA - TRANSFERIR PACIENTE PARA HOSPITAL DO ISEA

Demais Informações

<b>Cidade de Destino:</b> CAMPINA GRANDE	<b>Estado de Destino:</b> PB	<b>Transporte Utilizado</b> RLT7C02
<b>Data da Saída:</b> 19/12/2025	<b>Data do Retorno:</b> 19/12/2025	
<b>Duração da Viagem:</b> ACIMA DE 6 HORAS	<b>Diárias Solicitadas:</b> 1	<b>Valor Diária</b> R\$ 40,00
		<b>Valor Extenso</b> 40,00
		<b>Fundamentação Legal:</b> LEI 1091 2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sexta-feira, 19 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