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:**
IARA MAYANNE DE CASTRO ARAUJO FARIAS	2610	XXX.157.504.XX	XXX-735-8

Secretaria:	**Cargo:**	**Banco:**	**Agência:**	**Conta:**
SECRETARIA DE SAÚDE	ENFERMEIRA	BRASIL	0657-2	30.698-3

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA UNIDADE MISTA - TRANSFEIR PACIENTE PARA O HOSPITAL DE TRAUMA

Demais Informações

Cidade de Destino:	**Estado de Destino:**	**Transporte Utilizado**
CAMPINA GRANDE	PB	RLT7C02

Data da Saída:	**Data do Retorno:**
15/12/2025	15/12/2025

Duração da Viagem:	**Diárias Solicitadas:**	**Valor Diária**	**Valor Extenso**	**Fundamentação Legal:**
ACIMA DE 6 HORAS	1	R$ 40,00	40,00	LEI 1091 2022

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Segunda-feira, 15 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