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:
MADSON LUCIEILDON CRUZ DA COSTA	0002510	XXX.009.774.XX	XXX-11.66

Secretaria:	Cargo:	Banco:	Agência:	Conta:
	MOTORISTA	237	57762	05940567

Dados do Objetivo

A SERVIÇO DA SECRETARIA DE SAÚDE - TRANSPORTE DE PACIENTE PARA FAP

Demais Informações

Cidade de Destino:	Estado de Destino:	Transporte Utilizado
CAMPINA GRANDE	PB	SLE-9B86

Data da Saída:	Data do Retorno:
06/03/2026	06/03/2026

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

Data e Assinatura Requerente

NOVA FLORESTA, Sexta-feira, 6 de Março de 2026

_____
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