



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA
COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA
DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL

FORMULÁRIO DE : VERIFICAÇÃO DE PAGAMENTO

12

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

SECRETARIA DA SAÚDE

COORDENADORIA: DE CONTROLE DE DOENÇAS

EMPRESA:

CÓD.UA/ DENOMINAÇÃO:

MUNICÍPIO:

MÊS/ANO/REF:

UCD:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

RG:

RS/PV/EX:

NOME:

CARGO/FUNÇÃO :

ENDEREÇO

RUA/AV.:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

CEP:

TEL:

ASSUNTO

DOCUMENTOS ANEXADOS:

DATA:

ASSINATURA DO SERVIDOR

ASSINATURA
ORGÃO DE PESSOAL

RESPOSTA U.A./ ÓRGÃO PESSOAL

LOCAL:

DATA:

RESPONDIDO POR:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

RESPOSTA D.S.D.

LOCAL:

DATA:

RESPONDIDO POR:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

DDPE/DEI – EQUIPE FAZENDA