|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  SECRETARIA DE ESTADO DOS NEGÓCIOS DA FAZENDA COORDENAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO FINANCEIRA DEPARTAMENTO DE DESPESA DE PESSOAL | | | | | | | |
| **FORMULÁRIO DE:REQUERIMENTO DE VERIFICAÇÃO DE PAGAMENTO** | | | | | | | **12** |
| **IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE** | | | | | | | |
| **SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE** | | | | | | | |
| **COORDENADORIA DE** | | | | | | | |
| **EMPRESA:** | | | | | | | |
| **CÓD.UA/DENOMINAÇÃO:** | | | | | | | |
| **MUNICÍPIO:** | | | **MÊS/ANO/REF:** | | | | **UCD: /** |
| **IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR** | | | | | | | |
| **RG:** | | **RS/PV/EX:** | | | | | |
| **NOME:** | | | | | | | |
| **CARGO/FUNÇÃO:** | | | | | | | |
| **E N D E R E ÇO** | | | | | | | |
| **RUA/AV.** | | | | | **BAIRRO:** | | |
| **CIDADE:** | **ESTADO:** | | | **CEP:** | | **TEL:** | |
| **ASSUNTO** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |



**DOCUMENTOS ANEXADOS:**

**ASSINATURA ÓRGÃO DE PESSOAL**

**ASSINATURA DO SERVIDOR**

**DATA: 20/07/2020**

DDPE/DEI-EQUIPE FAZENDA

|  |
| --- |
| **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