|  |
| --- |
| GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULOSECRETARIA 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