



RESTITUIÇÃO DE DESCONTO INDEVIDO

SOLICITAMOS O PAGAMENTO PARA O DEVIDO FUNCIONÁRIO(A) , REFERENTE A RESTITUIÇÃO DE DESCONTO

INDEVIDO NO CÓDIGO _____ NA FOLHA PAGAMENTO MÊS _____ .

OBSERVAÇÃO:

Nº SOLICITAÇÃO: _____ DATA: _____ NOME SERVIDOR: _____

MATRÍCULA: _____ VALOR R\$: _____

VALOR POR EXTENSO:

ASSINATURA / CARIMBO DA ÁREA
RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

ASSINATURA / CARIMBO DO
ORDENADOR DA DESPESA:

ASSINATURA / CARIMBO
DO DIRETOR FINANCEIRO:

RECIBO

EU, _____

PORTADOR DO DOCUMENTO _____ RECEBI DA

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS A IMPORTÂNCIA DE R\$ _____ .

CAMPINAS, _____ DE _____ DE _____ .

ASSINATURA DO REQUERENTE