



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO Nº

Do OD do(a) _____ (UG) _____
CODUG: _____

Ao Sr Subdiretor de Assistência ao Pessoal.

Solicito o pagamento de despesa por mim reconhecida e declaro não haver duplicidade.

Anexos: () Folha(s) de Cálculo(s)

()

()

_____, em ____/____/20____

Nome e Posto
Idt do OD

Nº DE ORDEM	Nome do Interessado, Nº Idt, Órgão Emissor Posto/Grad, PREC-CP, Categoria Mat. SIAPE	PERÍODO DA DÍVIDA	VALOR DEVIDO	DESCONTOS		VALOR DEVIDO LÍQUIDO
				TÍTULO	VALOR	

Nome e Posto Enc Set Fin/Pes

Confere:

Nome e Posto
Fisc Adm

VERSO DA SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº DE ORDEM	DATA REQ	BOL AVERBOU	Nº DATA DOC MAT DIREITO	EXPLICAÇÃO DO NÃO PAGAMENTO À ÉPOCA DEVIDA

Sou de parecer que o(s) requerente(s) deve(m) ser atendido(s).

(Local e data) _____

Nome / Posto do OD