

**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, N~~º~~ Idt, Órgão Emissor Posto/Grad, PRECCP, 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**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N~~º~~ DE ORDEM  | DATA REQ  | BOL AVERBOU  | N~~º~~ 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