

SETOR DE CONTROLE DE RECEITAS
**FORMULÁRIO Nº 08 – Comunicado de pagamento em duplicidade
(cedido / mandato eletivo)**



**Preenchimento pelo cessionário
(preenchimento obrigatório de todos os campos)*

DADOS DO REQUERENTE

RAZÃO SOCIAL:			
CNPJ:			
ENDEREÇO:			
CEP:		BAIRRO:	
CIDADE:		ESTADO:	
TELEFONE FIXO:	()	TELEFONE CELULAR:	()
E-MAIL:			
NOME DO SERVIDOR CEDIDO:			
TIPO DE AFASTAMENTO:	<input type="checkbox"/> Cedência sem ônus para origem <input type="checkbox"/> Mandato Eletivo		
DADOS BANCÁRIOS DO REQUERENTE:	Banco: () _____ Agência: _____ Nº da conta: _____		

Ao

IPE Prev / Serviço de Controle de Receitas,

Comunico o pagamento em duplicidade de contribuição previdenciária e solicito ressarcimento ou compensação.

_____, ____ de _____ de _____.

 Assinatura do responsável / Matrícula / Carimbo
 Órgão Cessionário

CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS – USO EXCLUSIVO DO ÓRGÃO CESSIONÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

<input type="checkbox"/> Boleto pago em duplicidade	<input type="checkbox"/> Boleto pago em duplicidade e desconto em folha
<input type="checkbox"/> Cópia do(s) boletos(s) pagos em duplicidade <input type="checkbox"/> Cópia do(s) comprovante(s) de pagamento do(s) boleto(s)*	<input type="checkbox"/> Cópia do(s) boletos(s) pagos <input type="checkbox"/> Cópia do(s) comprovante(s) de pagamento do(s) boleto(s)* <input type="checkbox"/> Cópia do(s) contracheque(s) <input type="checkbox"/> Publicação do término do afastamento no Diário Oficial do Poder ou Órgão ou <input type="checkbox"/> Formulário nº 01 – Comunicado de afastamento
<small>* Não pode ser o comprovante de agendamento</small>	
<small>* Não pode ser o comprovante de agendamento</small>	