

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:	() Cedência sem ônus para origem () 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)

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