|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | SOLICITAÇÃO DEREEMBOLSO/ PAGAMENTO | | **Número** | |
| Data da entrega | |
| **Solicitante:**  **Setor:**  **Centro de Custos:** | | | | |
| Descrição | | Quantidade | | **Valor** |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| Total: | | | | |

Observações: Ao solicitar o pagamento favor ser o mais claro possível.

|  |
| --- |
| Justificativa do solicitante: |

|  |  |
| --- | --- |
| CIENTE DO GESTOR: | Data:  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |
| APROVAÇÃO FINANCEIRA: | Data:  \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
|  |
| Nome do Titular:  CPF ou CNPJ do Titular da Conta:  Banco:  Agencia:  Conta:  Tipo:  ( ) Corrente  ( ) Poupança  Ou  Anexar boleto |
|  |
|  |