

FORMULÁRIO Nº 08 - Ressarcimento de Valores

Solicitação de ressarcimento de valores

DADOS DO SOLICITANTE

NOME COMPLETO:			
MATRÍCULA IPERGS:			
ENDEREÇO:			
CEP:		BAIRRO:	
CIDADE:		ESTADO:	
TELEFONE FIXO:	()	TELEFONE CELULAR:	()
E-MAIL:			
RESSARCIMENTO:	() Saúde () Previdência		
REFERENTE A:	() Licença para tratar de interesses particulares () Licença para acompanhar cônjuge () Licença saúde () Cedência sem ônus () Optante com retorno ao desconto em folha de pagamento do Estado		
DADOS BANCÁRIOS DO SOLICITANTE:	Banco: () _____ Agência: _____ Nº da conta: _____		

SOLICITAÇÃO

Ao

IPERGS / Serviço de Controle de Receitas,

Solicito o ressarcimento conforme documentação anexa.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura**CONFERÊNCIA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS – USO EXCLUSIVO IPERGS**

<input type="checkbox"/> Boleto pago em duplicidade	<input type="checkbox"/> Boleto pago em duplicidade com desconto em folha
<input type="checkbox"/> Cópia do RG <input type="checkbox"/> Cópia do CPF <input type="checkbox"/> Cópia dos comprovantes de pagamento do boleto Nº de comprovantes entregues: _____ <i>* Não pode ser cópia do comprovante de agendamento</i>	<input type="checkbox"/> Cópia do RG <input type="checkbox"/> Cópia do CPF <input type="checkbox"/> Comprovantes originais de pagamento do boleto Nº de comprovantes entregues: _____ <input type="checkbox"/> Cópia do(s) contracheque(s) Nº de cópias entregues: _____ <i>* Não pode ser o comprovante de agendamento</i>

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

Nome do Atendente: _____

Assinatura: _____