## F09 – SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO – SERVIÇOS PRESTADOS AUTÔNOMOS

|  |
| --- |
| **DADOS DO PROJETO** |
| PROJETO:  | **Projeto FUPEF nº:** |
| **Convênio SICONV nº:** |
| Banco:  | Agência:  | Conta Bancária:  | **Nº do Contrato:** |
| Nome do Coordenador (a):  | *E-mail*:  |
| **DADOS DO SOLICITANTE** |
| Nome: | E-mail: | Telefone/Celular: ( ) |
| Telefone/Ramal: | E-mail: |
|  |  |  |
| **OBSERVAÇÃO** |
| **Este formulário só será aceito com a cópia dos seguintes documentos:** |
| RG ***(frente e verso)*** | PLANO DE TRABALHO - **PIT** |
| CPFPASSAPORTE ***(obrigatório para estrangeiro)*** | ***DECLARAÇÃO PREVIDENCIÁRIA EMITIDA PELA EMPRESA EM PAPEL TIMBRADO constando valores retidos e mês da competência*** *para comprovar recolhimento*  |
| COMPROVANTE DE ENDEREÇO | *do valor teto de INSS em outra empresa.* |
| PIS/PASEP ou INSSCOMPROVANTE DOS DADOS BANCÁRIOS E/OU CARTÃO | INSCRIÇÃO DO CADASTRO MUNICIPAL - ISS ***(se houver)*** *DOCUMENTOS DO DEPENDENTE: CPF/DATA DE NASCIMENTO/GRAU DE PARENTESCO* |
| **De acordo com a PI nº 424/MP/MF/CGU, de 30/12/2016, as despesas devem estar vinculadas ao objeto do convênio.** |
|  |  |  |
| **DADOS DO PRESTADOR DE SERVIÇO AUTÔNOMO** |
| Nome:  | *E-mail*: | Telefone/Celular: ( ) |
| CPF:  | Data de Nasci.: | RG: | Passaporte/CNH: |
| Data de Nascimento:  | ISS: [ ]  SIM [ ] NÃO Nº do cadastro municipal: Cidade/UF de cadastro:  |
| Nº PIS/PASEP ou INSS: |
| Endereço: | Nº:  | Complemento: |
| Cidade:  | CEP |
| Quantidade de Dependentes (enviar CPF, data de nascimento e grau de parentesco):  |
|  |
| **FORMAÇÃO** |
| Área de Formação: | Profissão(área de atuação): |
| Titulação: [ ]  Graduação [ ]  Mestrado [ ]  Doutorado [ ]  Notório Saber |
|  |
| **DADOS BANCÁRIOS**  |  |
| Banco: | Agência:  | Conta Bancária:  | [ ] Corrente [ ]  Poupança |
|  |
| **DADOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS** |
| **Valor bruto da parcela do profissional sem INSS Patronal \*: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\**Além do valor do autônomo, o projeto arcará com o INSS Patronal de* ***20%*** *sobre o valor bruto.* |
| Competência para pagamento:  | Quantidade de parcelas:  | Parcela nº:  |
| Discriminar o serviço realizado, local, período e apresentar, quando couber, o produto/relatório do serviço realizado, conforme as normas internas: |
| Justificativa da despesa\* meta, fase e/ou etapa do plano de trabalho:  |
| **Rubrica do Plano de Trabalho** |
|  |  |
| **AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO RECORRENTE CONFORME OFÍCIO 176/2021 E RESOLUÇÃO DA FUPEF 03/2021** |
| Eu, coordenador do projeto supracitado, autorizo os pagamentos posteriores de forma recorrente conforme indicação de valores e parcelas citadas neste formulário, e em caso de alterações de valores, parcelas ou o desligamento do beneficiário fica sob minha responsabilidade solicitar o cancelamento deste protocolo e realizar uma nova solicitação. Portanto autorizo o pagamento recorrente conforme o Ofício 176/2021 e Resolução 03/2021 da FUPEF conforme campo assinalado abaixo:☐ Autorizo os pagamentos ☐ Não autorizo pagamentos recorrentes |
| Carimbo e assinatura do Coordenador do Projeto: | Data:  |
|  |  |
| **PARA USO INTERNO DA FUPEF** |
| **Observação:** |
| * **Ciente e de acordo com as informações contidas neste formulário e anexos (quando se aplicar).**
 |
| Projetos | Jurídico | Recursos Humanos | Financeiro | Contabilidade |
|  |  |  |  |  |
| Autorização da Diretoria Executiva | Data: |

F09 – Solicitação de Pagamento – Serviços Prestados Autônomos – versão: 01/04/2024