**F10 – SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE BOLSA**

|  |
| --- |
| **DADOS DO PROJETO** |
| PROJETO:  | **Convênio SICONV nº:** |
| **Nº do Contrato:**  |
| Banco:  | Agência:  | Conta Bancária:  | **Projeto nº:**  |
| Nome do Coordenador (a):  | *E-mail*:  |
| **DADOS DO SOLICITANTE** |
| Nome: | *E-mail*: |
| Telefone/Ramal: | Celular: | Departamento/Setor: |
|  |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO** |
| Nome: | *E-mail:* |
| CPF: | RG: | Matrícula Nº: |
| Data de Nascimento: | PIS/PASEP ou INSS: |
| Telefone Fixo: | Celular: |
| Endereço:  | N° | Complemento: |
| Cidade: | CEP: |
|  |
| **DADOS DA BOLSA** |
| Data de início das atividades: | Nº total de parcelas: | Parcela nº: |
| **VALOR TOTAL DA BOLSA: R$** |
|  |
| **DADOS BANCÁRIOS** |
| Banco: | Agência: | Conta Bancária: | [ ]  Corrente [ ]  Poupança |
|  |
| **ATIVIDADES** |
| Resumo das atividades:  |
| Rubrica da despesa do plano de trabalho: |
|  |
| **AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO RECORRENTE** |
| 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 campo assinalado abaixo:[ ]  Autorizo os pagamentos recorrentes[ ]  Não autorizo pagamentos recorrentes |
|  |
| **OBSERVAÇÃO** |
| * **Anexar a esta solicitação o Plano Individual de Trabalho ou Termo de Participação em Projeto comprovando o vínculo do beneficiário ao projeto com os devidos valores e parcelas correspondentes. Solicitações sem o documento não serão protocoladas;**
* **Pagamento previsto no plano de trabalho do projeto, aprovado em conformidade com a Res. nº 41/17-COPLAD/UFPR;**
* **Bolsas – Ensino, Pesquisa ou Extensão – Lei nº 8.958/1994;**

**Lei nº 9250 de 1995 - artigo 26.** |
| Carimbo e assinatura do coordenador do projeto:**Ciente e de acordo com as informações contidas neste formulário e anexos.** | Data:  |
|  |
| **PARA USO INTERNO DA FUPEF** |
| **Observações:** |
| * **Ciente e de acordo com as informações contidas neste formulário e anexos (quando se aplicar).**
 |
| Jurídico | Projetos | Recursos Humanos | Financeiro | Contabilidade |
|  |  |  |  |  |
| Autorização da Diretoria Executiva | Data: |

F10 – Pagamento de Bolsa Estudante – versão: 01.04.2024.