## F26 – SOLICITAÇÃO DE CONTRATAÇÃO DE PRESTADOR DE SERVIÇO AUTÔNOMO

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | |
| CPF  PASSAPORTE ***(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 INSS  COMPROVANTE 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 DO SERVIÇO PRESTADO** | | | | | | | | |
| **Valor total bruto do contrato do profissional sem INSS Patronal \*: R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  \**Além do valor do autônomo, o projeto arcará com o INSS Patronal de* ***20%*** *sobre o valor bruto.* | | | | | | | | |
| Quantidade de parcelas a serem pagas: | | Duração prevista do contrato:[data de início] **a** [data de término] | | | | | | |
| 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 pagamentos recorrentes ☐ 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