Lorena/SP, 20/02/2020

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | INFORMAÇÕES DO PROJETO | | |  | | --- | | **COORDENADOR DO PROJETO** | |  | | **NOME DO PROJETO** | |  | | **DEPARTAMENTO** | |  | | **TELEFONE** | |  | | **E-MAIL** | |  | | |
| Solicito providências com vistas ao pagamento de serviços prestados conforme dados a seguir: | | |
| |  | | --- | |  | | DADOS DO BENEFICIÁRIO | | | |  |  | | --- | --- | | **NOME** | | |  | | | **CPF** | **RG** | |  |  | | **PIS/PASEP/NIT** | **CURSO** | |  |  | | **ENDEREÇO** | **BAIRRO** | |  |  | | **CIDADE** | **CEP** | |  |  | | **E-MAIL** | **TELEFONE** | |  |  | | **PAGAMENTO REFERENTE À** | | | Clique aqui para digitar a descrição do pagamento conforme previsto no plano de trabalho | | | **PERÍODO DE COMPETÊNCIA DO PAGAMENTO** | | | Clique aqui para digitar o mês e ano de competência do pagamento | | | **CARGA HORÁRIA TRABALHADA** | **MODALIDADE** | | Clique aqui para informar carga horária | Mensal  Semanal  Diária Total | | **RECOLHE INSS** | **Valor Recolhido** | | Informar se sim ou não |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | INFORMAÇÕES FINANCEIRAS | | |  |  | | --- | --- | | **BANCO** | **AGÊNCIA** | |  |  | | **NÚMERO DA CONTA** | **TIPO DA CONTA** | |  | Corrente  poupança | | **VALOR DO PAGAMENTO\*** | | |  | |   ***\*ESTE VALOR É BRUTO*** | | |
|  |  | |
|  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Coordenador do Projeto Prestador do Serviço

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizador - FAPE