SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE SERVIÇO(S) PRESTADO(S)

# A

FUNDAÇÃO CEARENSE DE PESQUISA E CULTURA

SETOR DE PESSOAL

Solicitamos providenciar o(s) pagamento (s) de serviços prestados ao pessoal abaixo relacionado.

Através do convênio: (citar o nome do convênio. ou cursos)

Rubrica:

Telefones para contato: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(PREENCHIMENTO DE CAMPOS OBRIGATÓRIOS)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | | | | Data de nascimento: | | |
| Endereço Completo: | | | | | | |
| Bairro: | | | CEP: | | | |
| CPF: | | | Documento de identidade: | | | |
| Matricula do INSS ou Pis/Ou Pasep: | | | Matricula do ISS: | | | |
| |  | | --- | | Descrição detalhada do serviço: | |  | |  | |  | |  | | | | | | | |
| Servidor público: ( ) Sim ( ) Não | | Esfera: ( ) Federal ( ) Estadual ( ) Municipal | | | | |
| Instituição: | | | | | Valor do serviço: R$ | |
| Dados bancários | | | | | | |
| Nome do banco: | | | | | | |
| Número da conta: | Número e nome da agência: | | | | | |
|  | | | | | |  |
| OBSERVAR A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA NO SITE, E/OU SOLICITAR ORIENTAÇÕES NOS SETORES COMPETENTES DA FCPC.  \* O pagamento será efetuado obrigatoriamente, através de depósito bancário , em conta corrente do prestador de serviço.  **SOMENTE SERÃO RECEBIDAS AS SOLICITAÇÕES DE PAGAMENTO DEVIDAMENTE INSTRUIDAS COM A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA.** | | | | | | Atesto que o serviço foi realizado em:  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura |

**ASSINATURA COM CARIMBO DO COORDENADOR (A) DO PROJETO**

**(MODELO)**

**DECLARAÇÃO DE RENDIMENTOS**

**EU**, (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), inscrito no CPF/MF sob o N.º (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), portador da Cédula de Identidade N.º (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), expedida por (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), em \_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, residente e domiciliado na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, no endereço \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro, assumindo todas as responsabilidades legais e administrativas a que estou sujeito, ser servidor público da esfera (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), exercendo a função/cargo de (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), no (a) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que não estou impedido de exercer atividades remuneradas ou receber pagamento por serviços prestados. Declarando ainda, que o valor solicitado para pagamento, em anexo, somado a remuneração mensal percebida no órgão a qual estou vinculado, não ultrapassa ao teto do servidor público da esfera (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Firmo a presente declaração para que produza seus efeitos legais, ciente de que, no caso de comprovação de sua falsidade, será nulo de pleno direito o ato a que se integra esta declaração, sem prejuízo das sanções legais e administrativas a que estiver sujeito.

Por ser verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_

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

Assinatura do Declarante

**\*ASSINATURA DE ACORDO COM DOCUMENTO OFICIAL.**

**\*\* ENVIAR CÓPIA ANEXA.**

**(MODELO)**

**DECLARAÇÃO DE NÃO PARENTESCO**

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) ..............................., CPF.........................., não possui nenhum grau de parentesco com o coordenador(a) do Projeto ..........................................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_

**ASSINATURA COM CARIMBO DO COORDENADOR (A) DO PROJETO**