**Instruções para Solicitação**

O prazo mínimo para pagamento de bolsa pesquisa é até o dia 10 do mês subsequente para os formulários recebidos com no mínimo 15 dias de antecedência.

1. É necessário e obrigatório o preenchimento de todos os campos do formulário.
2. O formulário deve conter a assinatura do coordenador do projeto e beneficiário. Caso esses itens não constem no final do formulário, o mesmo não será aceito.
3. **NÃO IMPRIMIR FRENTE E VERSO**

Cuiabá, Clique aqui para inserir uma data.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | INFORMAÇÕES DO PROJETO | | |  |  | | --- | --- | | DO COORDENADOR | | | Clique aqui para digitar nome do(a) coordenador(a). | | | NÚMERO DO PROJETO | NOME DO PROJETO | | Clique aqui para digitar número do projeto. | Clique aqui para digitar o nome do projeto | | NÚMERO EIT | | | Clique aqui para digitar o número CAP | | | TELEFONE | | | Clique aqui para digitar o número do telefone. | | | E-MAIL | | | Clique aqui para digitar e-mail. | | | |
| Solicito providências com vistas ao pagamento de bolsa pesquisa conforme dados a seguir: | | |
| |  | | --- | |  | | DADOS DO BENEFICIÁRIO | | | |  |  | | --- | --- | | NOME | | | Clique aqui para digitar o nome do beneficiário. | | | DATA DE NASCIMENTO | | |  | | | CPF | RG | | Clique aqui para digitar número do CPF. | Clique aqui para digitar número do RG. | | PIS/PASEP/NIT | SIAPE | | Clique aqui para digitar PIS/PASEP/NIT | Clique aqui para digitar número SIAPE. | | E-MAIL | TELEFONE | | Clique aqui para digitar e-mail. | Clique aqui para digitar o número do telefone. | | NÚMERO DO TERMO DE COMPROMISSO / CONTRATO: | | |  | | | 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 | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | INFORMAÇÕES FINANCEIRAS | | |  |  | | --- | --- | | BANCO | AGÊNCIA | | Clique aqui para digitar o nome do banco. | Clique aqui para digitar o número da agência. | | NÚMERO DA CONTA | TIPO DA CONTA | | Clique aqui para digitar o número da conta. | Corrente  poupança | | VALOR DO PAGAMENTO\* | | | Clique aqui para informar valor pagamento | |   *\*O VALOR DO PAGAMENTO É SEMPRE REFERENTE AO VALOR BRUTO* |
|  |  |
| |  | | --- | | DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS | | Descrição das atividades realizadas: |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do(a) Beneficiário | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo do(a) Coordenador(a) |

|  |
| --- |
| **DESPACHO - GESTÃO DE PROJETOS \*** |
| Ao setor **financeiro**, após registro da demanda em \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, encaminho a solicitação para pagamento.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Núcleo de acompanhamento**  Gestão de Projetos |

*\*Esta seção é reservada para assinatura física da Fundação Uniselva.*