**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 CAP |
| 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. |
| 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.*