



UNIVERSIDADE ESTADUAL DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL

SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO DE SERVIÇO TERCEIRO PESSOA FÍSICA PARA PROGRAMAS/PROJETOS

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

PROGRAMA / PROJETO:	
CONVÊNIO:	VIGÊNCIA:
FINANCIADOR:	
COORDENADOR(A):	
TELEFONE:	E-MAIL:

2. DESCRIÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Solicito providências com vistas ao pagamento do serviço a seguir especificado, realizado em caráter eventual, cuja despesa correrá à conta do projeto acima identificado.

Descrição detalhada do serviço:
Valor bruto R\$: ()
Parcela de referência: <input type="checkbox"/> Parcela única <input type="checkbox"/> Primeira Parcela <input type="checkbox"/> Segunda Parcela <input type="checkbox"/> Outra:
Período: / / a / /

3. DADOS DA PESSOA FÍSICA

Nome:		
Número de Inscrição INSS / PIS / PASEP / NIT:		
CPF:	RG:	Órgão expedidor:
Endereço:		
Bairro:	CEP:	Cidade/ UF:
Telefone:	Fax:	E-mail:

4. DADOS BANCÁRIOS

Banco:	Nº Agência:
Tipo de conta: <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança	Número:

Certifico e atesto que o serviço foi realizado de forma satisfatória.

Encaminho em anexo: cópia do recolhimento do INSS (caso o prestador de serviço faça o recolhimento em outra fonte no montante do teto do INSS), e cópia do PIS / NIT ou PASEP do prestador de serviço.

Declaro que o serviço solicitado está devidamente previsto no plano de trabalho do programa / projeto.

Assinatura do(a) coordenador(a) do Programa ou Projeto