**Instruções para Solicitação**

1. O prazo mínimo para pagamento de bolsa lei é até o dia 10 do mês subsequente para os formulários recebidos com no mínimo 15 dias de antecedência.
2. É necessário e obrigatório o preenchimento de todos os campos do formulário.
3. O formulário deve conter a assinatura e o carimbo do coordenador do projeto. Caso esses itens não constem no final do formulário, o mesmo não será aceito.
4. Relatório de atividades mensal é obrigatório.
5. **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 | | INSTITUTO / FACULDADE | | | digitar o nome do Instituto / Faculdade | | | TELEFONE | E-MAIL | | Clique aqui para digitar o número do telefone. | Clique aqui para digitar o e-mail. | | |
| Solicito providências com vistas ao pagamento de bolsa Lei conforme dados a seguir: | | |
| |  | | --- | |  | | DADOS DO BENEFICIÁRIO | | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | NOME | DATA DE NASCIMENTO | | | Clique aqui para digitar o nome do beneficiário. | Clique aqui para digitar a 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 número PIS/PASEP/NIT | Clique aqui para digitar número SIAPE | | | TELEFONE | E-MAIL | | | Clique aqui para digitar telefone. | Clique aqui para digitar e-mail. | | | ENDEREÇO | BAIRRO | | | Clique aqui para digitar endereço. | Clique aqui para digitar bairro. | | | CIDADE | ESTADO | CEP | | Clique aqui para digitar a cidade. | Sigla | Digite o CEP | | PAGAMENTO REFERENTE À | | | | Descrição do pagamento conforme consta no plano de trabalho | | | | CARGA HORÁRIA MENSAL | Período de Competência | | | Em caso de carga horária semanal, multiplicar por 4 | Mês e ano | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | 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 | | | O valor do pagamento é sempre referente ao valor bruto | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| Projeto: | |
| Número do termo de compromisso / Contrato: | |
| Carga horária mensal: Em caso de carga horária semanal, multiplicar por 4 | |
| Período de competência: Mês e ano | |
| Descrição das atividades realizadas: | |
| Assinatura: | Assinatura coordenador (a): |