



SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO - AUTÔNOMO (RPA)

COLOQUE O NOME DO SETOR/SOLICITANTE

CIDADE/DATA

UNIDADE EM QUE O SERVIÇO FOI PRESTADO: _____

RESPONSÁVEL: _____

Empresa: _____ CNPJ: _____

CHAPA

Solicitamos providenciar o pagamento do(s) serviço(s) específico(s), realizado em caráter eventual do senhor (a) :

--

Nome: _____
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade / UF: _____ CEP: _____
 CPF: _____ Insc. INSS/PIS/PASEP: _____
 RG: _____ Órgão Expedidor: _____
 Telefone: _____ Raça: _____ E-mail: _____
 Nacionalidade: _____ País: _____ Grau de Inst: _____
 Estado Civil: _____ Data Nasc: _____ Função: _____
 SEXO: Masculino Feminino

Descrição detalhada do serviço executado:

--

Período do trabalho:

CALCULO:

Valor Bruto: _____ / _____

Dados bancários para depósito:

CONTAS: CONTA CORRENTE POUPANÇA

Nome do Banco: _____ Nº da Agência: _____
 Nº da Conta: _____

SERVIDOR PÚBLICO	DEPENDENTES DO IR (quant.)
Sim Não	Filhos até 21 anos
INSS OUTRO EMPREGO	Filhos universitários até 24 anos
Sim Não	Outros
ANEXAR COMPROVANTES	

Certifico e atesto que o(s) serviço(s) foi(ram) realizado(s) de forma satisfatória.

RESPONSÁVEL	GERENTE DE RH/GERENTE LOCAL
ASSINATURA DATA ____/____/____	ASSINATURA DATA ____/____/____
DIRETOR DE UNIDADE	APROVAÇÃO DO DIRETOR (A) GERAL - CSC
ASSINATURA DATA ____/____/____	ASSINATURA DATA ____/____/____