

**FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL DAS CLINICAS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS**  
Plano de Trabalho do Projeto:

**CONTA CORRENTE :**  
**SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO**

<input type="checkbox"/> Ajuda de custo	Valor Bruto:
<input type="checkbox"/> Material de consumo	ISS:
<input type="checkbox"/> Serviços de terceiros/Pessoa física	IRPF:
<input type="checkbox"/> Serviço de terceiros/Pessoa jurídica	Líquido:
<input type="checkbox"/> Equipamentos e material permanente	INSS:
<input type="checkbox"/> Ad. De suprimento de fundos	TOTAL:
<input type="checkbox"/> NOTA FISCAL Nº	
<input type="checkbox"/> RECIBO	

<b>DADOS DO FAVORECIDO</b>		
Nome/Razão social:		DN:
CGC/CPF:	PIS/PASEP:	
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:

<b>TIPO DE PAGAMENTO/DADOS BANCÁRIOS</b>			
<input type="checkbox"/> Depósito Bancário	<input type="checkbox"/> Cheque/Recibo	<input type="checkbox"/> Boletão	
Banco:	Agência:	Nº da C/C:	Vencimento:

<b>ESPECIFICAÇÕES</b>

**Centro de custo solicitante:**

<b>Contabilidade:</b>	Goiânia,
	<b>Prof.</b> Coordenador do Projeto

<b>RECIBO</b>	
RECIBI DA FUNDAHC/ RH Ch Nº	
REFERENTE AO CONSTANTE NAS ESPECIFICAÇÕES ACIMA. EM:     /     /	
ASSINATURA : _____	RG: _____