

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL DE LADÁRIO
RECIBO DE PAGAMENTO AUTÔNOMO (RPA)

FICHA DE CADASTRAMENTO DE RPA

DATA DO CADASTRO:

CREENCIAMENTO: CADASTRAMENTO:

DADOS PESSOAIS

NOME:

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

ENDEREÇO:

Nº COMPLEMENTO: CEP: -

CIDADE: BAIRRO: UF: TEL:

CEL: E-MAIL:

IDENTIDADE: ÓRGÃO EMISSOR: DATA DE EMISSÃO: UF:

CPF: - PIS/PASEP/INSS:

Nº CTPS: SÉRIE: DATA EMISSÃO: UF:

TÍTULO DE ELEITOR: ZONA: SEÇÃO:

DATA DE NASCIMENTO: ESTADO CIVIL: SEXO:

DEPENDENTES DECLARADOS NO IRPF

1	<input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>	IDADE: <input type="text"/>
2	<input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>	IDADE: <input type="text"/>
3	<input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>	IDADE: <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>	IDADE: <input type="text"/>
5	<input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>	IDADE: <input type="text"/>

DADOS BANCÁRIOS E PROFISSIONAIS

BANCO: AGÊNCIA: - CONTA CORRENTE: -

NOME DO TITULAR:

RAMAL: GRAU DE INSTRUÇÃO: ZIMBRA:

PROFISSÃO: SERVIÇO PRESTADO:

Nº REGISTRO PROFISSIONAL: UF: VALOR DO SERVIÇO PRESTADO:

SETOR DO HNLA: HORAS PRESTADAS SEMANAL:

LOCAIS DE ATUAÇÃO EXTRA MARINHA (SE FOR O CASO)

ÓRGÃO/INSTITUIÇÃO

FUNÇÃO/CARGO

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

JUSTIFICATIVA DO CADASTRAMENTO DO AUTÔNOMO:

- 1 ESTOU CIENTE QUE ESTE HOSPITAL FORNECE NENHUM TIPO DE ATESTADO, DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS, FUNÇÃO OU HORAS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO COMO AUTÔNOMO.
- 2 NÃO CABE AO AUTÔNOMO FÉRIAS, LICENÇA MÉDICA OU ATESTADO PARA QUALQUER EVENTUALIDADE, POR SER UM PRESTADOR DE SERVIÇO PONTUAL, O MÊS EM QUE O AUTÔNOMO NÃO PRESTAR O SERVIÇO NESTE HOSPITAL, NÃO CABERÁ RECEBER O PAGAMENTO REFERENTE AOS DIAS QUE NÃO PRESTOU SERVIÇO. É RESPONSÁVEL PELA FISCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO AUTÔNOMO, O CHEFE DO DEPARTAMENTO E O MILITAR RESPONSÁVEL PELA ASSINATURA DO RECIBO DE PAGAMENTO AUTÔNOMO (RPA).

OBS: MARCA UM (X) QUE ESTÁ CIENTE

Ladário, ____ de ____ de 20 ____

Ladário, ____ de ____ de 20 ____

Prestador de Serviço Autônomo

Militar Responsável Pela Verificação dos Serviços Prestados

Ladário, ____ de ____ de 20 ____

Ladário, ____ de ____ de 20 ____

Chefe do Departamento de Administração

Fiscal de Contrato (Designado em Portaria)

Ladário, ____ de ____ de 20 ____

Ladário, ____ de ____ de 20 ____

Chefe do Departamento de Saúde

Vice-Diretor(a)

Ladário, ____ de ____ de 20 ____

Diretor(a)

30 DIAS

60 DIAS

90 DIAS

* TODOS OS CAMPOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS, MARCAR (X) SE É CONTRATAÇÃO/CREDENCIAMENTO

* COLOCAR CARIMBO QUANDO HOUVER

DOCUMENTOS EXIGIDOS (AUTENTICADOS PELO OFICIAL RESPONSÁVEL)

CÓPIA DA IDENTIDADE OU DE IDENTIDADE DE CLASSE

CÓPIA DO CPF

CÓPIA DO TÍTULO DE ELEITOR

2 FOTOS 3X4

CÓPIA DA CARTEIRA DE TRABALHO (DOIS LADOS)

CÓPIA DO NÚMERO DO INSS

CÓPIA DO IRPF DOS DEPENDENTES DECLARADOS

CÓPIA DO DIPLOMA OU REGISTRO PROFISSIONAL

EXTRATO BANCÁRIO DA CONTA PARA PAGAMENTO

CI DE AUTORIZAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE RPA