

Dados necessários para emissão do Recibo de Pagamento a Autônomos – RPA

Nome completo:

Nº. PIS/PASEP ou Inscrição de Autônomo:

Profissão: E-mail:

Endereço:

Bairro: Cidade:

CEP: Estado: Telefone:

Dados para depósito bancário:

Banco: Agência: C/C nº:

*O Pagamento será realizado mediante fechamento do caderno.

CÓPIA

RG; CPF; TITULAÇÃO.

Comprovar que já contribui ao INSS com o teto máximo. Essa comprovação deverá ser através de Declaração de Contribuição Previdenciária, expedida pelo próprio prestador de serviços, citando a empresa que desconta INSS sobre o teto máximo. No caso de não estar enquadrado na condição acima, o desconto de INSS será calculado na condição de autônomo (20%). Estará sujeito ainda, à tributação do IRPF, nos casos em que o valor atingir o limite estipulado em Lei.

INFORMAÇÕES URI

Departamento/Curso:

Atividade Realizada:

Horas de Atividade: Valor p/H: R\$ Total: R\$

Data: / /

Ass. Resp. Departamento/Curso

Direção Acadêmica

Recibo de Pagamento a Autônomos - RPA

ORIENTAÇÕES GERAIS

Despesas Diversas

Transporte:

Será pago valor relativo ao deslocamento mediante comprovação de recibo e ou passagem, que deverá ser apresentado na tesouraria da URI, ou anexado aos documentos exigidos na contratação. (Táxi; Coletivo)

Quando com veículo próprio, será usada a seguinte equação:

$$\text{Km Percorrida} / 10 \times \text{Preço Combustível} \times 10\% \text{ Depreciação}$$

Alimentação:

Serão ressarcidas 2(Duas) refeições diárias no valor de até 14,00(Quatorze Reais), mediante comprovação de recibo ou nota, que deverá ser apresentado na tesouraria da URI, ou anexado aos documentos exigidos na contratação.

Hospedagem

A Universidade mantém convênio com dois Hotéis da Cidade: Palace Hotel; Cantelle Hotel, onde o profissional deverá registrar sua estada nas referidas datas.

MODELO
DECLARAÇÃO

DECLARAMOS, para fins de enquadramento de contribuição previdenciária, que o Sr, _____ portador da Carteira de Trabalho n°. _____, série _____, é funcionário da (o) _____, CNPJ _____ contribuindo com o teto máximo, ou seja, R\$ _____, para o INSS.

A presente informação tem validade por 30 dias.

Por ser verdade, firmamos a declaração para que produza seus efeitos legais.

_____, ____ de _____ de _____

Recursos Humanos/Dep. Pessoal

Assinatura Resp. Empresa

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____, CPF n°. _____, RG n°. _____, PIS n°. _____, em atendimento ao disposto no Artigo 64 da Instrução Normativa RFB n°. 971, de 13 de novembro de 2009, declaro sob as penas da lei, que a retenção e o recolhimento da contribuição previdenciária mensal devida, em seu teto máximo, será efetuada por intermédio da Empresa acima mencionada.

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura do Trabalhador