|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Tipo de Solicitação** | | | | | | | | | | | | |
| ☐ | Serviço Médico previsto no protocolo da pesquisa | | | | ☐ | | Palestrante de evento científico | | | | | |
| ☐ | Serviço Médico de evento adverso de paciente | | | | ☐ | | Outro. Qual? Prestador de serviço | | | | | |
| 1. **Justificativa da contratação:** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Dados do projeto** | | | | | | | | | | | | |
| Nome do Projeto: | | |  | | | | | | SIAF nº: | | |  |
| Coordenador (a): | | |  | | | | | | DIPE nº: | | |  |
| 1. **Dados da Nota Fiscal** | | | | | | | | | | | | |
| CNPJ da empresa: | | | |  | | Nº da NF: | | | | |  | |
| Valor Bruto da Nota Fiscal: | | | |  | | Observação: | | | | |  | |
| Razão Social da empresa | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Banco: | | | |  | | Agência: | | | | |  | |
| Conta Corrente: | | | |  | | Dígito da Conta: | | | | |  | |
| 1. **Dados do profissional que prestará o serviço** | | | | | | | | | | | | |
| Nome completo: | |  | | | | | | CPF nº: | |  | | |
| Celular: | | | |  | | Comercial: | | | | |  | |

|  |
| --- |
| Declaro que recebi a carta com orientações versão 2/2023 e estou ciente. |
| **Assinaturas:** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Coordenador/Ordenador do Projeto: |
| **Data:** |
| Porto Alegre, segunda-feira, 30 de outubro de 2023. |

**Carta de Orientações para pagamento de prestador de serviços médicos – PJs – Versão 2/2023.**

Prezados Srs.,

A Fundação Médica do Rio Grande do Sul, buscando as melhores práticas de governança corporativa, com foco na transparência e na conformidade legal de seus atos, tendo em vista o desenvolvimento de atividade altamente regulamentada e fiscalizada por órgãos de controle, passará a adotar como política interna para autorização de pagamento de pessoas jurídicas (PJs) prestadoras de serviços, no âmbito dos projetos administrados, o cumprimento dos procedimentos abaixo descritos:

* Formalização de contrato de prestação de serviços, sempre que a atividade for recorrente;
* Apresentação do Formulário para Pagamento de Prestador de Serviços - PJs acima ou do respectivo encaminhamento via Portal do Coordenador do SAGI, devidamente preenchidos;
* Caso haja a participação de servidor público de qualquer das entidades apoiadas pela Fundação Médica do Rio Grande do Sul na consecução do serviço contratado, deverá ser apresentada autorização da chefia;
* Deverá ser emitida a respectiva Nota Fiscal, com a descrição dos serviços realizados, conforme informado no formulário acima.

A contratação de pessoas jurídicas para a prestação de serviços médicos no âmbito dos projetos de pesquisa desenvolvidos sob o apoio da Fundação Médica do Rio Grande do Sul somente será autorizada se o procedimento ou o protocolo estiver previsto no orçamento do projeto, com previsão orçamentária própria.

Por vedação expressa em lei, não está autorizada a contratação de empresas para o desenvolvimento de pesquisa, razão pela qual nenhum documento fiscal poderá ser emitido tendo essa atividade como objeto.

Certos da compreensão de todos, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais.

Atenciosamente,