# CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR

***CGC 00.889.834/0001-08***

***Endereço: SBN Quadra 02 Lote 06 Bloco L , CEP 70040-020, Brasília – DF***

# Anexo XIII.a – Portaria nº 028, de 27 de janeiro de 2010

**Anexo XIII.a MODELO “A”**

|  |
| --- |
| PROJETO N.º 1703/2023 |
| **RECIBO** |
| Recebi da Fundação CAPES/ Wagner dos Santos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Nome do Beneficiário do Auxílio)a importância de R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) , em caráter eventual e sem vínculo empregatício, a título de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(identificação do serviço/diária/bolsa) no período de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**VALOR DA REMUNERAÇÃO R$**  **Deduções (\*) { R$** **{ R$** Líquido recebido **R$** |

(\*) Não se aplica a diárias e sim a serviços prestados por pessoa física quando essa não possuir talonários de Nota Fiscal de Serviços. Só aplicar deduções (INSS, ISS etc.), quando for o caso.

|  |
| --- |
| IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE SERVIÇO |
| Nome | CPF |
| Profissão: | RG / Passaporte (se estrangeiro): |
| Endereço Completo: |

|  |
| --- |
| TESTEMUNHAS (na falta dos dados de identificação do Prestador de Serviço) |
| (1) Nome | CPF |
| Profissão: | RG |
| Endereço Completo: | Assinatura |
| (2) Nome | CPF |
| Profissão: | RG |
| Endereço Completo: | Assinatura |

|  |
| --- |
| **ASSINATURAS BENEFICIÁRIO/PRESTADOR DO SERVIÇO** |
| Atesto que os serviços constantes do presente recibo foram prestados.Em / / .  Wagner dos Santos | Por ser verdade, firmo o presente recibo., de de |
| Assinatura do Beneficiário do Auxílio | Assinatura do Prestador de Serviço |

**ATENÇÃO**: Utilizar este modelo quando ocorrer pagamento de diárias, bolsas ou remuneração de serviço a pessoas físicas que não possuam talonários de Notas Fiscais de Serviços (**Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Física**).

1