|  |  |
| --- | --- |
|  ***capes*** | **CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR***CGC 00.889.830/0001-08**Endereço: SBN Quadra 02 Lote 06 Bloco L, CEP 70040-020, Brasília - DF***Anexo XIII.a – Portaria nº 28, de 29 de janeiro de 2010** |

**Anexo XIII.a**

**MODELO “A”**

|  |
| --- |
| **PROJETO N ° 1935/2016** |
| **RECIBO** |
| Recebi da Fundação **CAPES / Jonny Carlos da Silva**, a importância de **R$ xxxxx**xx (xxxxxxxxxxxxxxxxx), em caráter eventual e sem vínculo empregatício, a título de reembolso do pagamento com as despesas do xxxxxxxxxxxxx (descrever o evento, local, cidade, país), no período de xxxxxxx a xxxxxxxx. **VALOR DA REMUNERAÇÃO R$ xxxxx** Deduções (\*) { R$  **{ R$**  **Líquido recebido R$ xxxxx** |

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

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

|  |
| --- |
| **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 xx/xx/xxxx  Assinatura do Beneficiário do Auxílio | Por ser verdade, firmo o presente recibo.Florianópolis, xx de xxxxx de xxxx.x 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 – Pessoas Físicas**).