# ANEXO II - RECIBO MODELO “A”

|  |
| --- |
| **PROJETO N.º 12759 – Convênio CAPES PROAP 817436/2015 – SICONV/OBTV – PPG Mov. Humano** |
| **RECIBO**  |
| Recebi da Fundação CAPES/ Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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 \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.**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 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_   | Por ser verdade, firmo o presente recibo.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_   |
| **Assinatura do Beneficiário do Auxílio** | **Assinatura do Prestador de Serviço** |

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