|  |  |
| --- | --- |
| ***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 nº** |
| **RECIBO** |
| Recebi da Fundação **CAPES / Ricardo Triska**, **CPF: 376.496.809-59**, a importância de **R$XXXXXXX** (xxxxxxxxxxxxxx), em caráter eventual e sem vínculo empregatício, a título de pagamento **xxxxxxxxxxxxxxxxxx**para o (descrever o evento, local, cidade, país), no período de **xxxxxxx a xxxxxxxx**.  **VALOR DA REMUNERAÇÃO R$ xxxxxxx** Deduções (\*) { R$ **{ R$**  **Líquido recebido R$ xxxxxxxx** |

(\*) 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** |
| Dados bancários: Banco: **xxxxxxx**Agência nº **xxxxxxxxxx**Conta Corrente nº **xxxxxxx**  (Contas na CEF informar a operação bancária 013, 001, etc.) | | |
| Profissão: **xxxxxxxxxx** | RG / Passaporte (**somente se for estrangeiro**): | |
| Endereço Completo: **xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx**(colocar o endereço do laboratório na UFSC) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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  Ricardo Triska | Por ser verdade, firmo o presente recibo.  Florianópolis**, xx de xxxxx de xxxx.**  **X (assinar aqui)**  Assinatura do prestador de serviço  Solicitante do investimento |

**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**).