|  |  |
| --- | --- |
| **CAPES – COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR** | **PROEXT-PG**  **PROJETO N° 88881.927453/2023-01** |
| RECIBO | |
| Recebi da Fundação CAPES / Cristina Wayne Nogueira 558. 849.460-15  A importância de R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, em caráter eventual e sem vínculo empregatício, a título de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_.  VALOR DA REMUNERAÇÃO R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  DEDUÇÕES R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LIQUIDO A RECEBER R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| ASSINATURAS BENEFICIÁRIO/ PRESTADOR DO SERVIÇO | |
| Atesto que os serviços constantes do presente recibo foram prestados.  Em \_\_/\_\_/\_\_\_\_ | Por ser verdade, firmo o presente recibo.  \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_ |
| Assinatura do Beneficiário do Auxílio | Assinatura do Prestador de Serviço  ou quem receberá o recurso (Adiantamento ou Reembolso). |