|  |  |
| --- | --- |
| **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. 849.460-15A 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 Serviçoou quem receberá o recurso (Adiantamento ou Reembolso).  |