# **ANEXO II - RECIBO MODELO “A”**

|  |
| --- |
| **Convênio N.º** |
| **RECIBO** |
| Eu, (nome do beneficiário)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, recebi do Programa UAB/ Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC , referente ao Convênio nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/2 \_\_\_\_ 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$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Acréscimos** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Recesso** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Auxílio Alimentação \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **R$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **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 BENEFICIÁRIO** | | |
| Nome | | CPF |
| Profissão: | RG / Passaporte (se estrangeiro): | |
| Endereço Completo: | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TESTEMUNHAS (na falta dos dados de identificação do Beneficiário)** | | | |
| (1) Nome | | CPF | |
| Profissão: | | RG | |
| Endereço Completo: | Assinatura | | |
| (2) Nome | | | CPF |
| Profissão: | | | RG |
| Endereço Completo: | Assinatura | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURAS BENEFICIÁRIO** | |
| Atesto que os serviços constantes do presente recibo foram prestados.  Em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ | Por ser verdade, firmo o presente recibo.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |
| **Nome:**  **Cargo:**  **Matrícula:** | **Assinatura do beneficiário** |

**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)**