

RECIBO DE DIÁRIAS

(Para pagamento de diárias de terceiros)

 Recebi de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a importância de R$: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), relativo a despesas com diária(s):

**RECIBO**

**Quantidade de diárias:** \_\_\_\_\_\_ **Valor unitário:** R$ 320,00 Valor **total: R$**\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ **Taxa de câmbio (quando houver):** R$\_\_\_\_\_\_, \_\_\_ Data:\_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Período de**:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Instituição visitada**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Localidade visitada:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objetivo da visita:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Nome:** **Profissão:** **CEP:** **Cidade**: **UF:** **CPF:** **R.G:** **Passaporte:**

**IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**



**ASSINATURAS**

**Declaro que as informações constantes deste recibo são verdadeiras.**

Em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do coordenador do auxílio

**Declaro que as informações constantes deste recibo são verdadeiras.**

Em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recebedor das diárias