



ORIENTAÇÕES E ROTINA GASTO DE VERBA PROEX 2025

- 1) Verba PROEX: gastos apenas com <u>custeio</u> e de acordo com os <u>destinos</u> <u>definidos na resolução (em casos de dúvida, consultar o coordenador antes da compra)</u>
- 2) As notas fiscais deverão conter obrigatoriamente todas as informações abaixo Exigência da CAPES (bens de consumo adquiridos cuja nota não contenha os dados abaixo não serão reembolsados com verba PROEX)

*nos casos excepcionais em que houve falha na inclusão do número do auxílio na nota fiscal ou recibo, o nome e o CPF do coordenador ainda são obrigatórios.

Thales Rezende de Souza

CPF: 052.560.586-06

Número do auxílio (PROEX/CAPES): AUXPE: 1564/2024

Endereço: Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 Campus - Pampulha - Belo Horizonte

- MG - CEP 31270-901.

Data da compra: / /

3) Os documentos, **conforme item 4**, deverão ser enviados em versão eletrônica **(PDF arquivo único para cada compra)** para <u>verbaproex2025@gmail.com</u>

	ODELO DO TEXTO QUE ada item comprado). A ser			<u>com</u>
Dados da conta para rec	embolso:			
Nome do Banco: CPF do professor:	Código do Banco:	Conta corrente:	Agência:	
Anexo comprovante de	pagamento referente a (use	a opção de acordo co	om o reembolso soli	citado):
	mo – descrever o que		a finalidade no	contexto do
OU				
- Diárias – descrever d	qual o motivo para uso de	diária (congresso, re	união, evento) <mark>e a r</mark>	finalidade no
contexto do PPGCR:		, -		
OU				
- Passagens – descrever	qual o motivo para compra	das passagens (congre	esso, banca, evento)	<mark>e a finalidade</mark>
no contexto do PPGCR	·			
OU				
- Serviço de terceiro	- descrever qual serviço f	oi realizado <mark>e a fina</mark>	lidade no contexto	do PPGCR:





4) Documentos necessários a serem enviados de acordo com cada gasto (em PDF único):

Gasto com material de consumo, enviar:

- 1. formulário "MODELO A" preenchido e assinado pelo docente
- 2. nota fiscal contendo os dados especificados no item 2
- 3. fatura do cartão paga (caso a compra tenha sido realizada com cartão, a compra **não pode ser parcelada**), OU

boleto e comprovante de pagamento (caso a compra tenha sido feita com boleto)

Gasto com Passagens, enviar:

- 1. formulário "MODELO A" preenchido e assinado pelo docente
- 2. cartões de embarque
- 3. fatura do cartão paga (caso a compra tenha sido realizada com cartão, a compra **não pode ser parcelada**)
- 4. certificado de participação no evento ou declaração que comprove a missão

Gasto com Diária, enviar:

- 1. formulário "MODELO A" preenchido e assinado pelo docente
- 2. certificado de participação no evento ou declaração que comprove a missão
- 3. comprovante de gastos nos dias correspondentes às diárias (nota fiscal do hotel) OBS: diária de acordo com valores da CAPES

Gasto com Serviço de terceiro, enviar:

- 1. formulário "MODELO A" preenchido e assinado pelo docente
- 2. nota fiscal emitida pela empresa que prestou o serviço,
- 3. fatura do cartão paga (caso o pagamento tenha sido realizado com cartão, a compra **não pode ser parcelada**) OU

boleto e comprovante de pagamento (caso a compra tenha sido feita com boleto)

5) Valor mínimo de cada compra: R\$ 200,00

6) Atenção

Compras acima de R\$ 8.000,00 (oito mil reais) podem precisar de três orçamentos prévios, ou seja, datados com data anterior à compra, OU certificado de exclusividade. Consulte o coordenador antes de fazer os orçamentos e a compra.

Data da atualização 05/09/2025

Coordenação PPGCR Gestão 2024-2025





EXEMPLO

O "MODELO A" de reembolso que se encontra anexo no e-mail, este já contém as informações obrigatórias do AUXPE.

Favor preencher os itens que estão destacados.

Os dados do prestador de serviço são do docente a ser reembolsado. Não esquecer de assinar como prestador de serviço.

MODELO "A"

		RECIBO					
Recebi da Fundação CAPES/ Ferna	anda de Cordoba Lanza	1120120					
	ne do Beneficiário do Aux	rílio)					
), em caráter eventual		npregatício, a	título de	reembo	lso de pa	gamento de
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx			projeto		esquisa	do(a)	Prof(a
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx			(identificaçã	o do servi	ço/diária	/bolsa) no	período de
0/ / a / /							•
VALOR I	DA REMUNERAÇÃO	R\$					
Deduções (*) {		R\$					
		R\$					
`	Líquido recebido	R\$					
		NV					
(*) Não se aplica a diárias e sim a	serviços prestados por p	essoa física quando	essa não pos	suir taloná	rios de l	Nota Fisca	l de
Serviços. Só aplicar deduções (INSS, ISS etc.), quando f	for o caso.					
B127 465 B126 B1	28 80.9 808 80						
	IDENTIFICAÇÃO I	DO PRESTADOR	DE SERVIÇO)			
Nome				C	PF		
Profissão:	RC	G / Passaporte (se es	strangeiro):				
Endereço Completo:							
	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	io do Prestado		(0)		
TESTE (1) Nome	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	ĭo do Prestado	or de Serviç	ço)		
(1) Nome	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	io do Prestado	CPF	(0)		
(1) Nome Profissão:	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	ĭo do Prestado		ço)		
(1) Nome	MUNHAS (na falta dos d	lados de identificaçã	io do Prestado	CPF	(0)		
(1) Nome Profissão:	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	ão do Prestado	CPF			
(1) Nome Profissão: Endereço Completo:	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	ão do Prestado	CPF RG	Assir	natura	
(1) Nome Profissão:	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	io do Prestado	CPF RG		natura	
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	io do Prestado	CPF RG	Assir	natura	
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão:	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	io do Prestado	CPF RG	Assir	natura	
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	io do Prestado	CPF RG	Assir	natura	
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão:	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	io do Prestado	CPF RG	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão:	MUNHAS (na falta dos d	ados de identificaçã	io do Prestado	CPF RG	Assir CPF	natura natura	
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo:				CPF RG	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo:	SSINATURAS BENEFIO	CIÁRIO/PRESTA	DOR DO SE	CPF RG C R	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo: AS Atesto que os serviços constantes d	SSINATURAS BENEFIO		DOR DO SE	CPF RG C R	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo:	SSINATURAS BENEFIO	CIÁRIO/PRESTA	DOR DO SE	CPF RG C R	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo: AS Atesto que os serviços constantes d presente recibo foram prestados.	SSINATURAS BENEFIO	CLÁRIO/PRESTA Por ser verdade,	DOR DO SE firmo o prese	CPF RG C R	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo: AS Atesto que os serviços constantes d	SSINATURAS BENEFIO	CIÁRIO/PRESTA	DOR DO SE firmo o prese	CPF RG C R	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo: AS Atesto que os serviços constantes d presente recibo foram prestados.	SSINATURAS BENEFIO	CLÁRIO/PRESTA Por ser verdade,	DOR DO SE firmo o prese	CPF RG C R	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo: AS Atesto que os serviços constantes d presente recibo foram prestados.	SSINATURAS BENEFIO	CLÁRIO/PRESTA Por ser verdade,	DOR DO SE firmo o prese	CPF RG C R	Assir CPF		
(1) Nome Profissão: Endereço Completo: (2) Nome Profissão: Endereço Completo: AS Atesto que os serviços constantes d presente recibo foram prestados.	SSINATURAS BENEFIO	CLÁRIO/PRESTA Por ser verdade,	DOR DO SE firmo o prese	CPF RG C R	Assii	natura	