**EDITAL PROEX N.º 0\_/20\_\_**

**RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

|  |
| --- |
| **ENCAMINHAMENTO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS** |
| **BENEFICIÁRIO DO AUXÍLIO:**  **EMAIL: CPF:**       **TELEFONE:**  **CAMPUS:**  **CARGO/FUNÇÃO:**       **SIAPE:** |

|  |
| --- |
| **TÍTULO DA AÇÃO DE EXTENSÃO:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA** | | |
| **Valor**  **Disponibilizado**  **- A -** | **Valor Utilizado**  **- B -** | **Saldo**  **-C-**  **(C = A - B)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Saldo | ( ) Devolvido conforme GRU anexo.  ( ) Não devolvido |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** |
| Declaro que a aplicação dos recursos foi feita, de acordo com o proposta aprovada pela (....) Pró-reitoria de Extensão / (....) Pró-reitoria de Pesquisa, Inovação e Pós-graduação, na realização dos objetivos a que se propunha o auxílio financeiro recebido, responsabilizando-me pelas informações contidas nesta prestação de contas.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local Nome e assinatura do Beneficiário |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EDITAL N.º 0\_/20\_\_**  **RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS** | | | | | | | | | | | |
| **RELAÇÃO DE PAGAMENTOS** | | | | | | | | | | | |
| **BENEFICIÁRIO DO AUXÍLIO:**  **EMAIL:**        **CPF:**       **TELEFONE:**  **CAMPUS:**  **CARGO/FUNÇÃO:**       **SIAPE:** | | | | | | | | | | | |
| **TÍTULO DO PROJETO:** | | | | | | | | | | | |
| **EDITAL/Nº DE REGISTRO:** | | | | | | | | | | | |
| ITEM | DATA | RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS DE DESPESA/DESCRIÇÃO DO ITEM | | | | | DOC. | VALOR | | | |
| FISCAL | R$ | | | |
| 1 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 2 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 3 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 4 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 5 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 8 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 4 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 5 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 6 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 7 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 8 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 9 |  |  | | | | |  |  | | | |
| 10 |  |  | | | | |  |  | | | |
| TOTAL | | | | | | | | 0,00 | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |
|  | Pelotas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_. | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  | Nome e assinatura do beneficiário | | | | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |