**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 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |