**ENCAMINHAMENTO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** | | | | | | |
| BENEFICIÁRIO DO AUXÍLIO | | | | | CPF | |
| ENDEREÇO COMPLETO | | | | | | TELEFONE |
| CEP | CIDADE | | UF | E-MAIL | | EDITAL: |
| PERÍODO DE UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS: | | DE \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA – CARTÃO BB PESQUISA** | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **CATEGORIA** | | | | **VALOR**  **DISPONIBILIZADO**  **- A -** | | | **VALOR UTILIZADO**  **- B -** | | 1. **SALDO -C-**   **(C = A - B)** | | | | |  | |
| **CUSTEIO** | | | |  | | |  | |  | | | | |  | |
| **CAPITAL** | | | |  | | |  | |  | | | | |  | |
| **TOTAIS** | | | |  | | |  | |  | | | | |  | |
| SALDO | | | ( ) DEVOLVIDO CONF. COMPROVANTE DE DEPÓSITO ANEXO.  ( ) EM MEU PODER. **(\*)** | | | | | | | | | | |  | |
|  | **DESPESAS DE CUSTEIO** | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | ITEM | DESCRIÇÃO | | | NOTA FISCAL | QUANT. | | UNIDADE | | VALOR UNI. | FRETE | VALOR T. |  | | |
|  | 1 |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | 2 |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | 3 |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | ….. |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | **DESPESAS DE CAPITAL** | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | ITEM | DESCRIÇÃO | | | NOTA FISCAL | QUANT. | | UNIDADE | | VALOR UNI. | FRETE | VALOR T. |  | | |
|  | 1 |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | 2 |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | 3 |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | ….. |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | **JUSTIFICATIVAS** | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | **DESPESAS DE CUSTEIO** | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | ITEM |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | 1 |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | **DESPESAS DE CAPITAL** | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 1 |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  | | |
|  | **DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Declaro que os recursos foram aplicados em conformidade com o Plano de Aplicação aprovado pelo IFSULDEMINAS para o cumprimento dos objetivos a que se propunha o auxílio financeiro recebido, responsabilizando-me pelas informações contidas nesta prestação de contas.  *(assinado eletronicamente)*  Nome completo do beneficiário | | | | | | | | | | | | | | |