**RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

**AUXÍLIO ACESSIBILIDADE – EDITAL DE EXTENSÃO 02/2023**

**ENCAMINHAMENTO PRESTAÇÃO DE CONTAS**

Demonstrativo da Execução da Receita e Despesa

|  |
| --- |
| **IDENTIFICAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** |
| **Beneficiária (o) do Auxílio Financeiro:** |
| **CPF:** | ***Campus*** |
| **Valor Cedido** (**R$)**  | Período para utilização do recurso recebido**Até 29/01/2024** |
| **Valor Utilizado** (**R$)** |
|  | **MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA** (exclua ou inclua linhas a planilha, se necessário) |
| **Descrição geral dos itens por NF** | **Número da NF** | **Nome da Empresa** | **Número CNPJ/ Recibo** | **Data da Compra** | **Valor total**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total Utilizado**: | R$ |
| SALDO/ RESÍDUO**R$** | É necessária a emissão de **GRU para devolução** de valores:( ) SIM ( ) NÃO |
| E-mail para envio da **GRU**: |
|  | **Justificativa para os recursos não gastos:****Observação**: Após pagamento da GRU, encaminhar comprovante do pagamento para CGNAPNE/PROEX (cgnapne@ifrj.edu.br). |
|  | **DECLARAÇÃO DA(O) BENEFICIÁRIA(O)**Declaro que a aplicação dos recursos recebidos foi realizada de acordo com o Edital nº 02/2023 - CONCESSÃO DE AUXÍLIO ACESSIBILIDADE DO PROGRAMA INCLUSÃO DO IFRJ, responsabilizando-me pelas informações contidas nessa prestação de contas, bem como pela autenticidade das notas e comprovantes anexados (anexar comprovação das despesas em um **único arquivo** via formulário eletrônico). |
|  | **OBSERVAÇÕES** |
|  | **PARECER CONAPNE:** |

Local, dia, mês e ano.

|  |  |
| --- | --- |
| Assinatura Beneficiário(a) ou responsável legalMatrícula: Campus:  | Assinatura Servidor(a) CONAPNESIAPE:  |