**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 legal  Matrícula: Campus: | Assinatura Servidor(a) CONAPNE  SIAPE: |