Av. Oliveira Paiva, 941 – Cidade dos Funcionários

CEP 60.822-130 Fortaleza, CE

Fone 3275-9599 / 3275-9202 / 3275-2965

**ANEXO I**

**ENCAMINHAMENTO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICAÇÃO** | | | |
| Nº do Processo: | | | Nº do Edital: |
| Beneficiário: | | | CPF: |
| Título do Projeto: | | | |
| Vigência do Termo de Concessão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | | |
| Período da Prestação de Contas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ ( ) Parcial ( ) Final | | | |
| **EXECUÇÃO RECEITA E DESPESA** | | | |
| SALDO ANTERIOR (1) | | |  |
| 1ª PARCELA (2) | | |  |
| 2ª PARCELA (3) | | |  |
| OUTROS (4) | | |  |
| RECEITA DE APLICAÇÃO (5) | | |  |
| DESPESAS (VALORES UTILIZADOS) (6) | | |  |
| SALDO (1+2+3+4+5) - (6) | | |  |
| SALDO: ( ) A SER UTILIZADO ( ) DEVOLVIDO | | | |
| DOCUMENTOS ENCAMINHADOS (Quantidade de páginas): | | | |
| **DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO** | | | |
| Declaro que a aplicação dos recursos foi efetuada de acordo com a finalidade do auxílio, responsabilizando-me pelas informações desta prestação de contas. | | | |
| Local: | Data: | Assinatura | |
| **PARECER DA ÁREA DE PRESTAÇÃO DE CONTAS (para uso da FUNCAP)** | | | |
| ( ) Aprovado  ( ) Não Aprovado | **IMPORTANTE:** Este parecer poderá ser alterado quando da verificação dos documentos comprobatórios das despesas | | |
| Observações: | | | |
| Analisado: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Assinatura (carimbo) | De Acordo: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  Assinatura (carimbo) | | |