Av. Oliveira Paiva, 941 – Cidade dos Funcionários

CEP 60.822-130 Fortaleza, CE

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

**ANEXO II**

**RELAÇÃO DOS COMPROVANTES DE DESPESAS**

|  |
| --- |
| No Processo:  |
| Beneficiário do Auxílio:  |
| **No de Ordem** | **No Cheque** | **Data****Pagamento** | **Documento Fiscal** | **Favorecido** | **Capital / Custeio \*** | **Valores (R$)** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Declaro que as despesas relacionadas acima foram pagas, que os materiais foram recebidos e os serviços prestados. | Subtotal da Folha Anterior |  |
| \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Assinatura do Beneficiário do Auxílio | Total |  |

**\* Custeio – Identificar se: Consumo, Passagens, Diárias, OST – Pessoa Física e OST – Pessoa Jurídica**