



# Prestação de Contas de Suprimentos

**Anexo 1A** › RO-09/2008 - Resolução Operacional de Suprimentos, Diárias e Reembolsos

## Premissas para o Pagamento:

› A prestação de contas deve ser realizada no máximo até 15 (quinze) dias da data do recebimento do suprimento.

## Dados

|                            |                      |                              |                        |
|----------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------|
| Nº do Protocolo            | Data de Entrega *    | Programa *                   | Nº do Projeto/ Fundo * |
| <input type="text"/>       | <input type="text"/> | <input type="text"/>         | <input type="text"/>   |
| E-mail do Projeto/ Fundo * |                      | Telefone do Projeto/ Fundo * |                        |
| <input type="text"/>       |                      | <input type="text"/>         |                        |
| Nome do Coordenador *      |                      | CPF                          |                        |
| <input type="text"/>       |                      | <input type="text"/>         |                        |

## Pagamento

|  |                                |                      |
|--|--------------------------------|----------------------|
| Favorecido *   | Celular *                      | CPF *                |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/>           | <input type="text"/> |
| Referente ao Suprimento (A) *  | Valor Efetivamente Gasto (B) * | Concedido na Data    |
| R\$ <input type="text"/>   | R\$ <input type="text"/>       | <input type="text"/> |
| Diferença (A-B) *  |                                |                      |
| R\$ ( <input type="text"/> )   |                                |                      |
| Tipo de Pagamento *  |                                |                      |
| <input type="checkbox"/> Restituição <input type="checkbox"/> Reembolso Preencha os campos seguintes |                                |                      |
| Observações  |                                |                      |
| <input type="text"/>   |                                |                      |

|   |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Forma de Pagamento *  |                      |                      |                      |                      |
| <input type="checkbox"/> Pagamento em cheque <input type="checkbox"/> Depósito em conta corrente Preencha os campos seguintes |                      |                      |                      |                      |
| Banco *   | Agência *            | Conta Corrente *     | Município *          | UF *                 |
| <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Declaro que segue anexo a este, toda documentação referente aos gastos realizados com o suprimento concedido e, no caso de devolução, cheque em nome da Fundação COPPETEC.

› Preenchimento Obrigatório  
› Os campos em cinza são preenchidos pela Fundação COPPETEC

Assinatura e Carimbo do Coordenador

Local e Data