|  |  |
| --- | --- |
| **LOGODA ENTIDADE** | **NOME DA ENTIDADE** |
| CNPJ –XX.XXX.XXX/XXXX-XX – Insc. Munic. XXX.XXX-X |
| ENDEREÇO |
| TELEFONE DE CONTATO (DA ENTIDADE E DO SETOR RESPONSÁVEL PELA RESTAÇÃO |
| TERMO DE FOMENTO N.º XXX/XXXX - SEMULHER |
| NOME DO PROJETO  |
| **Acompanhamento Financeiro Mensal do Termo de Fomento** |
| **NATUREZA DO MOVIMENTO** | **DATA DO DOCUMENTO**  | **DATA DO PAGAMENTO** | **ESPECIFICAÇÃO DO DOCOMENTO**  | **NÚMERO DO DOCUMENTO** | **VALOR** |
| 1. CUSTOS FIXOS |   |   |   |   |   |
| 1.1 - CONTA DE LUZ  |   |   |   |   |   |
| 1.2 – OUTROS CUSTOS (ESPECIFICAR) |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE CUSTOS FIXOS** |   |   |   |   |   |
| 2. PESSOAL  |   |   |   |   |   |
| 2.1- COORDENAÇÃO GERAL  |   |   |   |   |   |
| 2.2 - EQUIPE PEDAGÓGICA  |   |   |   |   |   |
| 2.3 – EQUIPE TÉCNICA  |   |   |   |   |   |
| 2.4- EQUIPE DE APOIO / INFRA-ESTRUTURA  |   |   |   |   |   |
| 2.5 - SERVIÇOS DE TERCEIROS  |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE PESSOAL**  |   |   |   |   |   |
| 3. ENCARGOS SOCIAIS  |   |   |   |   |   |
| 3.1 - PREVIDÊNCIA SOCIAL  |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE ENCARGOS SOCIAIS**  |   |   |   |   |   |
| 4. MANUTENÇÃO |   |   |   |   |   |
| 4.1 - Assistência Técnica |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE MANUTENÇÃO** |   |   |   |   |   |
| 5. MATERIAL |   |   |   |   |   |
| 5.1 - Material de Escritório  |   |   |   |   |   |
| 5.2 - Material para Higiene/Limpeza |   |   |   |   |   |
| 5.3 - Equipamentos |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE MATERIAL** |   |   |   |   |   |
| 6. TRANSPORTE |   |   |   |   |   |
| 6.1 - Combustível |   |   |   |   |   |
| 6.2 - Ônibus / Taxi / outros |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE TRANSPORTE** |   |   |   |   |   |
| 7. ALIMENTAÇÃO |   |   |   |   |   |
| 7.1 - Alimentação fora da instituição |   |   |   |   |   |
| 7.2 - Alimentação dentro da instituição |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE ALIMENTAÇÃO** |   |   |   |   |   |
| 8. EVENTOS |   |   |   |   |   |
| 8.1 - Equipamentos |   |   |   |   |   |
| 8.2 - Divulgação (fotos / impressos) |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE EVENTOS** |   |   |   |   |   |
| 9. OUTROS GASTOS |   |   |   |   |   |
| **TOTAL DE OUTROS GASTOS** |   |   |   |   |   |
| Declaramos, na qualidade de responsáveis pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que as despesas relacionadas, examinadas pelo Conselho Fiscal (ou equivalente), comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados, conforme programa de trabalho aprovado proposto ao Órgão Concessor. |
| Santos, XX de XXXXXXXXXX de 20XX |  |  |  |  |  |
|  | ASSINATURA |  | ASSINATURA |
|  | NOME COMPLETO |  | NOME COMPLETO |
|  | TÍTULO DO RESPONSAVEL PELA INSTITUIÇÃO |  | TÍTULO DO RESPONSAVEL PELAS INFORMAÇÕES |
|  | Nº DO CPF DO RESPONSÁVEL PELA INSTITUIÇÃO |  | Nº DO CRC OU CPF DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES |