|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOGO DA  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 | |