|  |
| --- |
| **PEDIDO DE AUXÍLIO FINANCEIRO PARA ESTUDANTE – RECURSO CAPES** |

|  |  |
| --- | --- |
| **FACULDADE DE FARMÁCIA**  Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Campus Pampulha  CEP: 31270-901- Pampulha - BH/MG | **CNPJ: 17.217.985/0023-10**  **Inscrição Estadual: Isenta** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome do Evento:** |  |
| **Período:** |  |
| **Local:** |  |
| **Valor concedido:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do aluno(a):** |  | | |
| **Nº registro UFMG:** |  | | |
| **Nº CPF:** |  | | |
| **Endereço:** |  | | |
| **Telefone:** |  | | |
| **E-mail:** |  | | |
| **Dados bancários:** | **Nº Banco** | **Agência** | **Conta Corrente** |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Assinatura aluno(a)** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura com carimbo do Coordenador Leiliane Coelho André**

**Diretora da Faculdade de Farmácia**

**OBS: A prestação de contas do auxílio recebido deverá ser efetuado pelo estudante, no prazo de 03 dias após o evento, através de certificado de apresentação de trabalho no congresso, mais um comprovante de despesa da viagem ( bilhete de passagem ou nota fiscal de hospedagem).**