

ANEXO XVI - Formulário para Prestação de Contas do Auxílio Saúde do Discente

BOLSISTA:	TELEFONE:																								
MATRÍCULA:	CAMPUS:																								
ENDEREÇO:																									
PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:																									
DISCRIMINAÇÃO DE VALORES CONSTANTES NOS COMPROVANTES EM ANEXO, DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO AUXÍLIO:																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 15%;">MÊS</th><th style="width: 20%;">VALORES DE MEDICAMENTOS</th><th style="width: 20%;">VALOR DE ACESSÓRIO DE REABILITAÇÃO (ÓRTESES E PRÓTESES)</th><th style="width: 20%;">VALORES DE EXAMES COMPLEMENTARES</th><th style="width: 20%;">VALOR DE CONSULTA COM ESPECIALISTA</th><th style="width: 5%;">TOTAL</th></tr></thead><tbody><tr><td style="height: 30px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td style="height: 30px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td style="height: 30px;"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	MÊS	VALORES DE MEDICAMENTOS	VALOR DE ACESSÓRIO DE REABILITAÇÃO (ÓRTESES E PRÓTESES)	VALORES DE EXAMES COMPLEMENTARES	VALOR DE CONSULTA COM ESPECIALISTA	TOTAL																			
MÊS	VALORES DE MEDICAMENTOS	VALOR DE ACESSÓRIO DE REABILITAÇÃO (ÓRTESES E PRÓTESES)	VALORES DE EXAMES COMPLEMENTARES	VALOR DE CONSULTA COM ESPECIALISTA	TOTAL																				
<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">_____, ____ de _____ de 202____. (cidade) (dia) (mês)</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">_____ Assinatura do bolsista</div> <p>Após Análise, a prestação de contas foi:</p> <p>() Deferida</p> <p>() Indeferida</p> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Assinatura e Data</p>																									