

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

BOLSISTA:		TELEFONE:			
MATRÍCULA:		CAMPUS:			
ENDERECO:					
PERÍODO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:					
DISCRIMINAÇÃO DE VALORES CONSTANTES NOS COMPROVANTES EM ANEXO, DA PRESTAÇÃO DE CONTAS DO AUXÍLIO:					
MÊS	VALORES DE MEDICAMENTOS	VALOR DE ACESSÓRIO DE REABILITAÇÃO (ÓRTESES E PRÓTESES)	VALORES DE EXAMES COMPLEMENTARES	VALOR DE CONSULTA COM ESPECIALISTA	TOTAL
_____, _____ de _____ de 202____. (cidade) (dia) (mês)					
_____ Assinatura do bolsista					
Após Análise, a prestação de contas foi: () Deferida () Indeferida _____ _____ _____					
Assinatura e Data _____					