

Serviço Público Federal Universidade Federal Fluminense

SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO AO ESTUDANTE

# (MESTRADO E DOUTORADO)

**DADOS DO ALUNO**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:** | |
| **CPF** | **MATRÍCULA** |
| **E-MAIL** | **TELEFONE** |
| **ORIENTADOR(ES)** | |
|  | |
| **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO (CURSO SEM SIGLA)** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados Bancários** | | |
| **BANCO** | **AGÊNCIA** | **CONTA CORRENTE**  **(NÃO É PERMITIDO POUPANÇA/CONJUNTA/TERCEIROS)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DO EVENTO** | |
| **LOCAL (CIDADE/ESTADO)** | |
| **PERÍODO** | |
| **INÍCIO DO EVENTO** | **TÉRMINO DO EVENTO** |

**PLANO DE APLICAÇÃO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Taxa de Inscrição |  | **APRESENTAR COMPROVAÇÃO DE VALOR** |  | | |
| Passagens |  | **APRESENTAR CONSULTA DE PREÇO** |
| **DIÁRIAS** | | **Incluir a quantidade de diárias solicitadas aqui** | **(SOLICITAÇÕES INTERNACIONAIS)**  **COTAÇÃO DO CÂMBIO (R$)** | **(SOLICITAÇÕES INTERNACIONAI** | **(SOLICITAÇÕES INTERNACIONAIS) VALOR TOTAL EM DÓLAR** |

Justificativa fundamentada

|  |
| --- |
|  |

*Aluno*

Declaro estar ciente de que devo prestar contas de todos os gastos no prazo máximo de sete dias a

contar da data de retorno da viagem e que todos os recursos para os quais não houver comprovação de gasto deverão ser devolvidos.

de de 2024 ,

Assinatura do Aluno

*Aprovação do Orientador*

Declaro estar de acordo com o plano de aplicação apresentado pelo aluno e estar ciente de que devo conferir e assinar sua prestação de contas no prazo máximo de sete dias a contar da data do retorno da viagem do aluno.

de de 2024 ,

Assinatura do Orientador

# Decisão do colegiado/coordenador

* Concedido
* Concedido Parcialmente
* Indeferido

de de ,

Assinatura e Carimbo do Coordenador