

## Requisição de Auxílio financeiro à Professores da Pós-Graduação

### PROAP

|                                      |               |                   |                 |                   |            |
|--------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------|-------------------|------------|
| <b>Nome:</b>                         |               |                   |                 |                   |            |
| <b>CPF:</b>                          |               | <b>Nascimento</b> |                 |                   |            |
| <b>RG</b>                            |               | <b>Nº USP</b>     |                 |                   |            |
| <b>Endereço</b>                      |               |                   |                 |                   |            |
| <b>Completo:</b>                     | <b>Cidade</b> |                   | <b>Estado</b>   |                   | <b>CEP</b> |
| <b>e-mail:</b>                       |               |                   | <b>Telefone</b> |                   |            |
| <b>Banco:</b>                        |               | <b>Agência</b>    |                 | <b>C.Corrente</b> |            |
| <b>Programa de Pós Graduação em:</b> |               |                   |                 |                   |            |

|  |  |                          |  |
|--|--|--------------------------|--|
| Valor Estimado dos gastos:                             |  |                          |  |
| Nome do Evento ou Trabalho de Campo:                   |  |                          |  |
| Título do Trabalho no evento ou da Atividade de Campo: |  |                          |  |
| Cidade e Estado do Evento/Campo:                       |  | País do Evento/Campo:    |  |
| Início do evento/campo:                                |  | Fim do evento/campo:     |  |
| Data de ida da viagem:                                 |  | Data da volta da viagem: |  |

**Declaro estar ciente das obrigações e orientações informadas pelo Serviço de Convênios, e que devo prestar contas em até 05 (cinco) dias úteis após o retorno da viagem, ou comunicar imediatamente caso haja desistência do uso do recurso.**

São Paulo, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Requisitante / Ciente

Valor Autorizado R\$ ..... (.....)

\_\_\_\_\_  
Coordenador(a)