



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil**

**AUXÍLIO SAÚDE**

Óculos  Medicação  Outros: \_\_\_\_\_

Solicitado em:	Possui cadastro na PROAE? ( ) SIM ( ) NÃO	
Nome:		
CPF:	RG:	
Matrícula:	Curso:	
Telefone:	E-mail:	
Endereço:		
Cidade:	Estado:	CEP:
Banco:	Agência:	Conta corrente:
<p><b>Observações:</b></p> <p><b>É obrigatória a apresentação de cópia legível do cupom/nota fiscal da despesa, em até 30 dias, após o recebimento do benefício.</b></p> <p><b>A não apresentação do cupom/nota fiscal implicará na devolução do benefício através de Guia de Recolhimento da União.</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura da/o estudante</p>		
<p><b>PARECER</b></p> <p>A Pró-Reitoria de Ações Afirmativas e Assistência Estudantil da UFBA concede a/o estudante acima identificada/o o recurso financeiro no valor de R\$ _____</p> <p>Salvador, ____/____/____</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;"><b>Coordenação de Programas de Assistência Estudantil</b></p>		