**ANEXO VII**

**Solicitação de Pagamento de Auxílio Financeiro ou Diárias com recursos do PROAP**

Solicitamos o pagamento de **( ) Auxílio Financeiro ( ) Diária,** de acordo com os dados abaixo apresentados, sendo que o recurso é de uso exclusivo para o desenvolvimento de atividades acadêmicas ou científicas relacionadas aos Programas de Pós-graduação, realizados por pessoas físicas.

|  |
| --- |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO** |
| **Nome:** |
| **CPF:** | **RG:** | **Matrícula:** |
| **Endereço:** |
| **Telefone:** | **Celular:** |
| **E-mail:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES BANCÁRIAS** |
| **Banco:** | **Agência:** | **Conta:** |

|  |
| --- |
| **DADOS DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO** |
| **Programa:** |
| **Coordenador:** | **Orientador:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DA VIAGEM** |
| **Destino:** |
| **Data da Ida: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data prevista de retorno: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |
| **Meio de Transporte:** |  | **Aéreo** |  | **Veículo Oficial** |  | **Outro:** |

|  |
| --- |
| **INFORMAÇÕES DO AUXÍLIO** |
|  | **AUXÍLIO/DIÁRIA NACIONAL** |  | **AUXÍLIO/DIÁRIA INTERNACIONAL** |
| **Tipo de Auxílio:** |  | Diária a Servidor |  | Auxílio a Estudante |
|  | Diária a Colaborador Eventual |  | Auxílio a Pesquisador - Professor |
|  | Auxílio a Pesquisador – Bolsista PNPD |
| **Quantidade de diárias:** | **Valor Unitário:** | **Valor Total:** |
| **Justificativa:** |
|  |
|  |
|  |

Declaro ser verdade todas as informações prestadas e aceito as normas que regulamentam a concessão de auxílio financeiro ou diária para Atividades Científico Acadêmicos relacionadas ao Programa de Pós-graduação, bem como as normas gerais da UDESC e Legislação federal em vigor. Estou ciente das implicações legais quanto à utilização do auxílio/diária e da obrigatoriedade de prestação de contas em 10 (dez) dias úteis após o retorno da viagem.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Professor Orientador | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data |

|  |
| --- |
| **PARA PREENCHIMENTO DO COORDENADOR DO PPG** |
| Autorizo a concessão do auxílio/diária com recursos do Programa de Pós-graduação ao referido solicitante. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data |

**ANEXO IX**

**Relatório de Prestação de Contas Auxílios/Diárias**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Auxílio Financeiro Docente |  | Auxílio Financeiro Estudante |  | Diária a Servidor |
|  |
|  | Diária a Colaborador Eventual |  | Auxílio Financeiro a Pesquisador – Bolsista PNPD |

|  |  |
| --- | --- |
| SGPe Solicitação: | Data da entrega: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **DADOS DO BENEFICIÁRIO** |
| **Nome:** |
| **CPF:** | **RG:** | **Matrícula:** |

|  |
| --- |
| **Programa:** |
| **Coordenador:** | **Orientador:** |

|  |
| --- |
| **PRESTAÇÃO DE CONTAS** |
| **Nota de Empenho:** | **SICONV:** | **Câmbio:** | **SALDO A DEVOLVER:** |
| **Valor Recebido:** | **Valor Utilizado:** |
|  | **AUXÍLIO/DIÁRIA NACIONAL** |  | **AUXÍLIO/DIÁRIA INTERNACIONAL** |
| **Destino:** |
| **Data da Ida: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** | **Data de retorno: \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_** |
| **BREVE RELATÓRIO DAS ATIVIDADES** |
|  |
| **Item** | **Data** | **Histórico** | **Nº DOC** | **Crédito** | **Débito** |
| **01** |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  |  |  |
| **OBSERVAÇÕES** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data |

|  |
| --- |
| **PARA PREENCHIMENTO DO COORDENADOR DO PPG** |
| Aprovo a Prestação de Contas apresentada. |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do Beneficiário | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local | \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_Data |