**RECIBO DE AJUDA DE CUSTO**

Declaro ter recebido R$ \_\_\_\_\_\_\_\_, da Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo – FAP – UNIFESP, referente à Ajuda de Custo de transporte e alimentação do Protocolo de Pesquisa XXXX sob coordenação do(a) Prof(a) XXXXXX

Paciente: **XXXXXXXX** – n° **XXXXX**

**Visitas:**

**Visita (XXXXX) (data)**

**Visita (XXXXX) (data)**

**São Paulo, \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202X**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOME:**

**CPF.:**