

RELAÇÃO DE PAGAMENTO AUXÍLIO ODONTOLÓGICO	
MÊS REFERÊNCIA:	JANEIRO (RETROATIVOS)
COD	NOME
1	ALCIMARIA GONÇALVES DE SOUSA
2	CRISTIANE DE SOUSA BRITO
3	CRISTINA FRANCIANE DE SOUSA BRITO
4	FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA BRITO JUNIOR
5	LARISSA PRISCILA DE LIMA ALVES
6	MANOEL FERNANDES NUNES
7	MONIZI COSTA AIRES
8	PAULA POLLYANE RODRIGUES RIBEIRO
9	WERMERSON DA SILVA BARBOSA
10	WILLIANE NERY MARTINS LUSTROSA
11	JOELMA MENDES DE SOUSA ARAGÃO
12	RAIARA BANDEIRA DA SILVA NEVES
TOTAL DE BENEFICIÁRIOS	
	12

Ob: Informamos que o valor do auxílio é de R\$ 35,00/mês para cada beneficiário.

Obs: Dos 26 (vinte e seis) beneficiários ativos no auxílio, apenas 12 (DOZE) apresentaram comprovante de pagamento referente a JANEIRO de 2015.

Marlene Oliveira da Silva Almeida

Diretora do DACE

Portaria nº 1355/2014-UNIFAP