



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Rua Marrey Júnior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3434-4110
CNPJ: 09.161.265/0001-46

PROCESSO ADMINISTRATIVO – AJUDA DE CUSTO Nº _____

(USO EXCLUSIVO DA FAMAR)

(ANEXO I – PORTARIA DIRETORIA FAMAR Nº 20 DE 27/01/2023 – PREENCHIMENTO EM 02 VIAS)

FASE – SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO (USO EXCLUSIVO DAS AUTARQUIAS DUAS VIAS)

Data da Solicitação: _____ Autarquia: _____

Nome do apoiado: _____ CPF nº: _____

Evento: _____

Orgão/Empresa: _____

Local: _____ e Período: _____ a _____

Justificativa: _____

DO PEDIDO:

Ajuda de Custo – Refeição/ Hospedagem/ Translado Urbano

- Refeição e Translado Urbano referente a _____ horas.
- Hospedagem referente a _____ horas.

Ajuda de Custo – Translado Terrestre

- Passagem de ônibus ida de _____ para _____.
- Passagem de ônibus volta de _____ para _____.

Ajuda de Custo – Veículo Próprio

- Projeção da Quilometragem ida e volta _____.

DO DESPACHO:

Estou ciente da regulamentação da Portaria Diretoria FAMAR Diretoria FAMAR nº 20 de 27 de janeiro de 2023, portanto segue para análise de viabilidade financeira e dos documentos comprobatórios da motivação da solicitação da Ajuda de Custo.

Assinatura e Carimbo do apoiado Beneficiado HCFAMEMA
ou Famema (Responsável pela solicitação/Famema)

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral Famema ou
Superintendente do HCFAMEMA



FUNDAÇÃO DE APOIO À
FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA E AO
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA
Rua Marrey Júnior, nº 162, Bairro Fragata, Marília (SP),
CEP: 17.519-010 Tel: (14) 3434-4110
CNPJ: 09.161.265/0001-46

FASE – SOLICITAÇÃO – Etapa Análise Administrativa
(USO EXCLUSIVO DA FAMAR)

SEÇÃO DE ORÇAMENTO E FINANÇAS DA FAMAR

Apuração das Despesas:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Refeição e Translado Urbano | R\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Hospedagem | R\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Transporte Terrestre | R\$ _____ |
| <input type="checkbox"/> | Outros | R\$ _____ |

Despacho: _____

Marília (SP): ____/____/____

Assinatura e carimbo

DESPACHO DO DIRETOR PRESIDENTE:

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Deferido | <input type="checkbox"/> | Indeferido |
|--------------------------|----------|--------------------------|------------|

Motivo Indeferimento: _____

Restitua-se ao interessado.

Marília (SP): ____/____/____

Assinatura e carimbo

FASE 2 – REEMBOLSO – Etapa – Solicitação Reembolso

DO PEDIDO: Referente ao Processo Administrativo de ajuda de Custo nº _____, seguem em anexo os documentos Fiscais e comprobatório da efetivação da motivação da ajuda de custo, para análise e reembolso nos Termos da Portaria Diretoria da FAMAR nº 20 de 27 de janeiro de 2023.

Atenciosamente,

Assinatura e Carimbo do apoiado Beneficiado HCFAMEMA
ou Famema (Responsável pela solicitação/Famema)