



**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

SOLICITAÇÃO DE AJUDA DE CUSTO - REEMBOLSO Nº _____

(USO EXCLUSIVO DA FAMAR)

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

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 digital do apoiado Beneficiário HCFAMEMA ou
FAMEMA (Responsável pela solicitação)

Assinatura digital do Diretor Geral FAMEMA ou
Presidente 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

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 à 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 Nº 0084959780.

Atenciosamente,

Assinatura digital do apoiado Beneficiado HCFAMEMA ou
FAMEMA (Responsável pela solicitação)

O comprovante de Depósito/Transferência entre contas quita a presente Solicitação de Ajuda de Custo