



**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 Beneficiado 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