



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome:

Matrícula Siape:

CPF:

Data de Efetivo Exercício:

Unidade:

Cargo:

2 - REQUERIMENTO:

Venho requerer a concessão de **Ajuda de Custo**, prevista nos artigos 53 a 57 da Lei nº 8.112/90, regulamentado pelo Decreto nº 4.004 de 08/11/2001.

- Removido Ex-Officio
 Cedido
 Redistribuído

DEPENDENTES	NATUREZA

Anexo ao presente, cópia de documentação pertinente ao presente requerimento (Cópia da publicação da Portaria de movimentação, comprovante de residência do local de origem e documentação comprobatória da dependência).

Nestes termos, peço-lhe deferimento.

_____ , _____

Assinatura do(a) Servidor(a)

De acordo.

Assinatura e carimbo da chefia imediata.

Recebido em: ____/____/____.

Assinatura e carimbo da Direção/Coordenação da unidade.

Assinatura e carimbo da área de RH.