

Anexo



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR

REQUERIMENTO DE AJUDA DE CUSTO

Ao (Cmt/Chefe do Requerente):

DADOS DO MILITAR

Nome:	
Posto/Graduação:	N Func:
Telefone/Celular:	OBM:
Movimentado / Matriculado em ____/ ____/ ____.	BCG (contendo movim/matr) ____/____

Requeiro a Vossa Senhoria o pagamento de Ajuda de Custo e declaro-me ciente das situações em que não há o direito ao recebimento da indenização, conforme o Art 40 da Lei 2701, de 16.06.1972, bem como estou ciente de que haverá a necessidade de restituição conforme os casos enumerados no Art 42 da mesma Lei 2701, de 16.06.1972.

ASSINATURA DO REQUERENTE

Declaro que o militar _____, NF _____ foi movimentado/matriculado à OBM/Centro de Ensino _____, conforme BCG _____ (anexar cópia da página da publicação) e que efetuou mudança de residência _____ para _____ o endereço: _____ (anexar comprovante do novo endereço), tudo conforme prescreve a Portaria nº ____/2014 – R, de ____ de _____ de 2014.

ASSINATURA DO CMT / CHEFE

Data: ____/____/____