

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____ R.F: _____

Cargo/Função: _____ Padrão/Ref: _____ Nasc: ____ / ____ / ____

Unidade de Lotação: _____ Ramal: _____

EH: _____

Endereço da Unidade: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua: _____ Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____

JORNADA DE TRABALHO

J-40 () J-30 () J-20 () **Plantonista:** SIM () NÃO ()

ITINERÁRIO DE IDA AO TRABALHO		
Embarque local (Rua. Av. Bairro. Cidade)	Nº. da Linha	Desembarque local (Rua. Av. Bairro. Cidade)
1.		
2.		
3.		

ITINERÁRIO DE VOLTA A RESIDÊNCIA		
Embarque local (Rua. Av. Bairro. Cidade)	Nº. da Linha	Desembarque local (Rua. Av. Bairro. Cidade)
1.		
2.		
3.		

TRANSPORTES UTILIZADOS			
LEGENDA DOS CÓDIGOS DE TRANSPORTES			
OS	ÔNIBUS SIMPLES	TS 3C	Trem SUBÚRBIO CPTM+ÔNIBUS(CARAPICUIBA)
OM	ÔNIBUS/METRÔ	TS 3BJI	Trem SUBÚRBIO CPTM+ÔNIBUS(BARUERI/JANDIRA/ITAPEVI)
EMTU	TRÔLEBUS	TS 3 O	Trem SUBÚRBIO CPTM+ÔNIBUS(OSASCO)
MT	METRÔ	TS 3 SP	Trem SUBÚRBIO CPTM+ÔNIBUS(CAPITAL)
TS2	Trem SUBÚRBIO CPTM	OI	ÔNIBUS INTERMUNICIPAL

CÓD. TRANSPORTE	QTD. DIA

EMPRESA (apenas para intermunicipal)	FONE	VALOR UNITÁRIO DA PASSAGEM

DECLARAÇÃO

Declaro sob as penas da lei 13.194/2001 e nos termos da legislação vigente que:

- As informações acima são verdadeiras.
- Utilizarei o valor pago do auxílio-transporte somente da residência ao trabalho e vice-versa, ou trabalho ao trabalho, conforme o disposto no § 2º do artigo 2º da lei 13.194/01.
- Que não utilizo meio de transporte próprio ou oficial ou contratado pela Administração e que se vier a utilizar, solicitarei o cancelamento deste benefício.
- Declaro, ainda estar ciente de que:
- É dever da Unidade Orçamentária, conceder o benefício pelo sistema que for mais econômico para o Município:
- Em caso de aposentadoria/dispensa ou exoneração, estarei obrigado a restituir os valores correspondentes aos dias não trabalhados:
- Deverei comunicar eventuais alterações de endereço ou meio de transporte.

Assim sendo venho **REQUERER** a concessão do auxílio-transporte autorizando o desconto, em folha de pagamento, de 6% (seis por cento) (código 3026) do meu padrão de vencimentos (códigos 002/004).

São Paulo _____/_____/_____

Assinatura do Servidor

Manifestação da Chefia:

De acordo com artigo 6º da lei 13.194/01 de 24/10/01 – DOM de 25/10/2001 – **CONCEDO** o benefício.

São Paulo _____/_____/_____

Assinatura da Chefia da Unidade

Cadastro do Benefício:

Data do Cadastramento: _____/_____/_____

Responsável pelo Cadastro

Cancelamento do Benefício:

Eu, _____ RF _____ solicito o CANCELAMENTO do Auxílio Transporte em Pecúnia a partir do mês de _____/_____/_____.

São Paulo _____/_____/_____

Assinatura do Servidor