PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
SECRETARIA PLANEJAMENTO E GESTÃO
Diretoria de Recursos Humanos

AUXÍLIO-TRANSPORTE: TERMO DE OPÇÃO, SUSPENSÃO OU RESTABELECIMENTO

( ) Adesão inicial		**( ) Suspensão**	**( ) Restabelecimento**		**( ) Atualização**	
( ) vale-transporte eletrônico	( ) pecúnia		( ) vale-transporte eletrônico	( ) pecúnia	( ) vale-transporte eletrônico	( ) pecúnia

Dados do Servidor

Nome do(a) Servidor(a):	
Matrícula:	Cargo:
Endereço Residencial:	Tel.:
Órgão de Lotação:	
Unidade de Trabalho:	
Endereço da Unidade de Trabalho:	Tel.:

Despesa Diária

TRANSPORTE UTILIZADO (Tipo/Códigos: 1 = Ônibus; 2 = Outros)

TIPO	NOME DA EMPRESA	LINHA	QUANT. DIÁRIA DE PASSAGENS	TARIFA	VALOR TOTAL DIÁRIO (R$)
				TOTAL	

Requerimento e Declaração

REQUER o Auxílio-Transporte, comprometendo-se a utilizá-lo em conformidade com a legislação.
DECLARA estar ciente de que o uso indevido do benefício e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição, nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

Palmas,_____/_____/_____

_____
Assinatura do Requerente

Anexos Necessários

✓ Comprovante de residência atualizado (conta de água, luz ou telefone e, **na ausência destes**, contrato de aluguel vigente com assinaturas reconhecidas em cartório ou declaração firmada pelo proprietário do imóvel anexando um outro comprovante de residência em nome do servidor);
✓ Horário do servidor datado e assinado pela chefia imediata.

Reservado ao Recursos Humanos do Órgão

RESPONSÁVEL PELO RH DO ÓRGÃO OU AUTORIDADE COMPETENTE
DE ACORDO COM A SOLICITAÇÃO.

Em, _____/_____/_____

Assinatura e Carimbo