SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E DESENVOLVIMENTO HUMANO

AUXÍLIO-TRANSPORTE: TERMO DE OPÇÃO, SUSPENSÃO OU RESTABELECIMENTO

Nos termos do Decreto nº 1.015, de 4 de maio de 2015, que dispõe sobre a concessão de auxílio transporte, no âmbito da Administração Direta e Indireta do Poder Executivo do município de Palmas, declaro que as informações abaixo são verdadeiras.

( ) Adesão inicial	**( ) Suspensão**	**( ) Restabelecimento**	**( ) Atualização**

DADOS DO (A) INTERESSADO (A)			
Nome:			CPF:
Cargo:		Telefone:	
Endereço Residencial:			
Secretaria:			
Lotação:			
Carga Horária Diária:			
TRANSPORTE UTILIZADO (Tipo/Códigos: 1 = Ônibus; 2 = Outros)			
TIPO	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).

RESERVADO AO RECURSOS HUMANOS DO ÓRGÃO

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

Em, _____/_____/_____

_____
Assinatura e Carimbo