

RECADASTRAMENTO DO VALE TRANSPORTE

01 – SERVIDOR	
NOME COMPLETO	MATRÍCULA
FONE	CELULAR
CARGO	CPF- _____ RG- _____
02 – ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO	
LOGRADOURO	
BAIRRO	CEP
PONTO DE REFERÊNCIA	
Atendendo ao que dispõe o art. 1º do Decreto nº 308, de 19/01/2000, a distância mínima para concessão do benefício do Vale-Transporte deve ser superior a 1500 metros.	
ANEXAR UM DOS COMPROVANTES DE RESIDÊNCIA	
() Água	() Fatura de cartão de crédito
() Luz	() Contrato de Locação
() Telefone	Um dos 3 últimos meses
03 – DECLARAÇÃO	
Declaro que utilizarei o Vale-Transporte em benefício próprio e conforme determinam as normatizações da Lei 5594/89 e do Decreto nº 308/2000, sob pena de exclusão definitiva do mesmo. Comprometo-me a informar as alterações de endereços e os afastamentos do trabalho. Em caso de não estar incluído no Decreto nº 379/89, ou de recebimento indevido do benefício, autorizo o desconto mensal em meu vencimento, na folha de pagamento imediatamente posterior a entrega deste, obedecendo-se as determinações legais existentes, conforme IN-003/2016.	
Data: ____/____/____	_____
	Assinatura do Servidor

04 – LOTAÇÃO	
LOCAL DE TRABALHO 1	

Endereço:	
PERÍODO () Matutino () Vespertino () Noturno	DIAS TRABALHADOS () Seg. a Sex. ou () Alternados

LOCAL DE TRABALHO 2	

Endereço:	
PERÍODO () Matutino () Vespertino () Noturno	DIAS TRABALHADOS () Seg. a Sex. ou () Alternados

EMPRESA	LINHA	Nº CARTÃO

<p>Florianópolis, ____ de _____ de 20____.</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">Carimbo e Assinatura da Chefia Imediata</p>

**OBS: Entregar na SMA/PMF, Rua Conselheiro Mafra nº 656
Ed. Aldo Becker-Térreo-Fone: 48-3251.5956**