

**1 BENEFICIÁRIO(A)**

NOME	BM-DV
------	-------

NOME SOCIAL (CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE QUE DISPÕE SOBRE O USO DE NOME SOCIAL DE PESSOAS TRANVESTIS E TRANSEXUAIS)

CARGO

1.1 ENDEREÇO RESIDENCIAL

ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA., ETC.)	N.º	COMPLEMENTO
---------------------------------	-----	-------------

BAIRRO	CIDADE	CEP
--------	--------	-----

1.2 ENDEREÇO DO LOCAL DE TRABALHO / ESTÁGIO

ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA., ETC.)	N.º	SALA
---------------------------------	-----	------

BAIRRO	ÓRGÃO LOTAÇÃO / GERÊNCIA
--------	--------------------------

1.3 OUTRAS INFORMAÇÕES SOBRE O(A) BENEFICIÁRIO(A)

DIAS DE TRABALHO

<input type="checkbox"/> SEGUNDA A SEXTA	<input type="checkbox"/> SEGUNDA A DOMINGO COM UMA FOLGA	<input type="checkbox"/> DIAS ALTERNADOS
<input type="checkbox"/> SEGUNDA A SÁBADO ÚTEIS	<input type="checkbox"/> SEGUNDA A SEXTA COM SÁBADOS ALTERNADOS	<input type="checkbox"/> APENAS SÁBADOS, DOMINGOS E FERIADOS

HORÁRIO DE TRABALHO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

DE _____ AS _____ E DE _____ AS _____

DATA DE INÍCIO DAS ATIVIDADES (OBRIGATÓRIO PARA NOMEAÇÃO / TRANSFERÊNCIA E ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO DA UNIDADE)

/ /

1.4 TRANSPORTE UTILIZADO PARA DESLOCAMENTO

SENTIDO	LINHA	QUANTIDADE / DIA	VALOR DA TARIFA	CÓDIGO
RESIDÊNCIA – TRABALHO / ESTÁGIO				
DOBRA / HORA EXTRA				

1.5 TERMO DE CIÊNCIA

1.5.1 – O(A) SERVIDOR(A) ESTÁ CIENTE DE QUE PODE INCORRER NO CRIME DE FALSIDADE IDEOLÓGICA, PREVISTO NO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL, SE OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVA SER ESCRITA, COM O FIM DE PREJUDICAR DIREITO, CRIAR OBRIGAÇÃO OU ALTERAR A VERDADE SOBRE FATO JURIDICAMENTE RELEVANTE.

1.5.2 – SOLICITAÇÕES PROTOCOLADAS ATÉ O DIA 10 DE CADA MÊS SERÃO REALIZADAS PARA A CONCESSÃO DO MÊS SEGUINTE, JÁ AS PROTOCOLADAS APÓS O DIA 10 PODERÃO SER REALIZADAS PARA O MÊS SEGUINTE, CASO SEJA POSSÍVEL, MAS SERÃO ATENDIDAS NORMALMENTE NO MÊS SUBSEQUENTE; NESSE CASO O(A) SERVIDOR(A) DEVE LIGAR NO 1º DIA ÚTIL DO MÊS POSTERIOR AO DA SOLICITAÇÃO PARA OBTER INFORMAÇÕES SOBRE SUA DEMANDA.

INCLUSÃO

SERVIDOR(A) / EMPREGADO(A) PÚBLICO(A)

SOLICITO A INCLUSÃO DO BENEFÍCIO DO VALE-TRANSPORTE E AUTORIZO O DESCONTO DE ATÉ 6% (SEIS POR CENTO) DO MEU SALÁRIO. COMPROMETO-ME A UTILIZAR ESSE BENEFÍCIO EXCLUSIVAMENTE NO MEU DESLOCAMENTO RESIDÊNCIA-TRABALHO E VICE-VERSA, E DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS EXPRESSAM A VERDADE, SUJEITANDO-ME ÀS PENALIDADES PREVISTAS EM LEI. COMPROMETO-ME AINDA, EM CASO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO RESIDENCIAL OU DE UNIDADE DE LOTAÇÃO A ATUALIZAR O CADASTRO DE VALE TRANSPORTE.

ESTAGIÁRIO(A)

SOLICITO A INCLUSÃO DO BENEFÍCIO DO VALE-TRANSPORTE E COMPROMETO-ME A UTILIZAR ESSE BENEFÍCIO EXCLUSIVAMENTE NO MEU DESLOCAMENTO RESIDÊNCIA-ESTÁGIO E VICE-VERSA, E DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS EXPRESSAM A VERDADE, SUJEITANDO-ME ÀS PENALIDADES PREVISTAS EM LEI. COMPROMETO-ME AINDA, EM CASO DE ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO RESIDENCIAL OU DE UNIDADE DE LOTAÇÃO A ATUALIZAR O CADASTRO DE VALE TRANSPORTE.

VALE TRANSPORTE DESLOCAMENTO / PONTO ELETRÔNICO

DATA	ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)	BM-DV
------	----------------------------------	-------

ALTERAÇÃO

SOLICITO ALTERAÇÃO DE MEU CADASTRO DE BENEFÍCIOS DE VALE-TRANSPORTE, CONFORME ACIMA DESCRITO. MOTIVO:

MUDANÇA DE ENDEREÇO RESIDENCIAL TRANSFERÊNCIA DE UNIDADE MUDANÇA DE ENDEREÇO DA UNIDADE ADMINISTRATIVA
 MUDANÇA DE LINHA DE ÔNIBUS OUTRO: _____

ESTOU CIENTE QUE O CADASTRO ANTERIOR SERÁ EXCLUÍDO E QUE OS DADOS INFORMADOS NESSE FORMULÁRIO SERÃO ATUALIZADOS NO CADASTRO.

DATA	ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)	BM-DV
------	----------------------------------	-------

EXCLUSÃO

SOLICITO A EXCLUSÃO DO BENEFÍCIO A PARTIR DA PRÓXIMA CONCESSÃO E ESTOU CIENTE QUE AO SOLICITAR A EXCLUSÃO DO BENEFÍCIO DO VALE-TRANSPORTE OU ATINGIR 65 ANOS DE IDADE DEVO DEVOLVER O CARTÃO (BHBUS E / OU ÓTIMO) ATÉ O 5º DIA ÚTIL DO MÊS SEGUINTE OU ATÉ O 5º DIA ÚTIL DO MÊS SUBSEQUENTE A ESTA SOLICITAÇÃO. E QUE APÓS ESTE PRAZO SERÁ COBRADA UMA TAXA REFERENTE AO VALOR DO CARTÃO EM FOLHA DE PAGAMENTO E O CARTÃO SERÁ BLOQUEADO.

DATA	ASSINATURA	BM - DV
------	------------	---------

2 DECLARAÇÃO (SOMENTE SE NÃO ENTREGAR COMPROVANTE DE ENDEREÇO)

DECLARO QUE ME MUDEI HÁ MENOS DE 01 (UM) MÊS E AINDA NÃO POSSUO COMPROVANTE DE ENDEREÇO ATUALIZADO.

COMPROMETO-ME A APRESENTAR O COMPROVANTE DE ENDEREÇO NO PRAZO DE ATÉ 60 (SESSENTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DESTES REQUERIMENTO, SOB PENA DE TER O BENEFÍCIO EXCLUÍDO DO SISTEMA CASO O COMPROVANTE NÃO SEJA APRESENTADO.

DATA	ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)	BM-DV
------	------------------------------	-------

3 COORDENADOR(A) / GERENTE DO ÓRGÃO

3.1 PREENCHER EM CASO DE DOBRA / HORA EXTRA / JORNADA DE 8 HORAS DIÁRIAS EM ENDEREÇOS DIVERSOS

DIAS TRABALHADOS:

SEGUNDA TERÇA QUARTA QUINTA
 SEXTA SÁBADO DOMINGO

HORÁRIO DE TRABALHO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

DE _____ AS _____ E DE _____ AS _____

PERÍODO DA DOBRA / HORA-EXTRA

DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____

ENDEREÇO DA DOBRA / HORA-EXTRA / JORNADA DE 8 HORAS DIÁRIAS É O MESMO DO ENDEREÇO DA JORNADA NORMAL

ENDEREÇO DA DOBRA / HORA-EXTRA / JORNADA DE 8 HORAS DIÁRIAS É DIFERENTE DO ENDEREÇO DA JORNADA NORMAL. (INFORME O ENDEREÇO ABAIXO)

ENDEREÇO (RUA, AV., PÇA., ETC.)	N.º	SALA
---------------------------------	-----	------

BAIRRO	ÓRGÃO LOTAÇÃO / GERÊNCIA
--------	--------------------------

DATA	ASSINATURA DO(A) COORDENADOR(A) / GERENTE DO ÓRGÃO DA UNIDADE ONDE O(A) SERVIDOR(A) FAZ DOBRA / HORA-EXTRA / 2º BM-DV	BM-DV
------	---	-------