

ANEXO II À RESOLUÇÃO SEMAD n. 34, DE 11 DE JANEIRO DE 2005.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
Secretaria Municipal de Administração
CNPJ: 03.501.509/0001-06

**FICHA DE ALTERAÇÃO DE CADASTRAMENTO DE
SERVIDORES BENEFICIÁRIOS DE VALE-TRANSPORTE**

Servidor (a) _____ Cadastro: _____

Cargo: _____

CPF: _____ RG: _____ Data de Nasc.: ____ / ____ / ____

Órgão: _____ Est.Civil: _____ Tipo Sanguíneo: _____

Unidade de lotação: _____

Endereço do Local de Trabalho: _____ n. _____

Bairro: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Cep: _____

Bairro: _____ Fone: _____

| SEMANA | HORÁRIO E TURNO DE TRABALHO | | | | | |
|---------------|-----------------------------|-------|------------|-------|---------|-------|
| | MATUTINO | | VESPERTINO | | NOTURNO | |
| | Entrada | Saída | Entrada | Saída | Entrada | Saída |
| Segunda-feira | | | | | | |
| Terça-feira | | | | | | |
| Quarta-feira | | | | | | |
| Quinta-feira | | | | | | |
| Sexta-feira | | | | | | |
| Sábado | | | | | | |
| Domingo | | | | | | |

Desloca para a sua residência no intervalo de almoço ou jantar?

SIM
 NÃO

Motivo da Alteração:

- retorno do benefício
- mudança do local de trabalho
- revisão
- revisão de créditos diários
- outros: _____

OBS.: Declaramos a veracidade das informações prestadas, sob as penas da legislação vigente.

Campo Grande, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata

Justificativa:

Eu , _____ estou ciente de que utilizei o benefício do vale-transporte irregularmente e que a reincidência acarretará o cancelamento do benefício e abertura de Processo Administrativo.

Assinatura do Servidor

Assinatura e carimbo da Chefia Imediata