



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
COORDENADORIA SETORIAL DE BENEFÍCIOS SOCIAIS

TERMO DE OPÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE TRANSPORTE COLETIVO URBANO MUNICIPAL
CONFORME LEI MUNICIPAL Nº 8219 DE 23/12/94

Nº CARTÃO: _____

NOME :		MATRÍCULA:
CPF:		DATA DE NASCIMENTO:
NOME DA MÃE:		
SECRETARIA :		C. CUSTO:
CARGO :		DATA DE ADMISSÃO:
ENDEREÇO RESIDENCIAL :		
BAIRRO :	CIDADE :	FONE :
ENDEREÇO LOCAL TRABALHO:		
BAIRRO :	CIDADE :	FONE :

OBSERVAÇÃO :

1 - ASSINALE O DIA DA SEMANA QUE VOCÊ TRABALHA.

2 - COLOQUE O Nº DA LINHA DE ÔNIBUS QUE VOCÊ UTILIZA PARA LOCOMOÇÃO DE SUA RESIDÊNCIA ATÉ O LOCAL DE TRABALHO (SEM CONSIDERAR PERÍODO DE ALMOÇO).

	DIAS QUE TRABALHA	Nº DAS LINHAS	
		IDA	VOLTA
2ª FEIRA			
3ª FEIRA			
4ª FEIRA			
5ª FEIRA			
6ª FEIRA			
SÁBADO			
DOMINGO			

TOTAL DE ÔNIBUS QUE UTILIZA NA SEMANA :	TOTAL DE DIAS QUE TRABALHA NA SEMANA :
---	--

DESCREVA O TRAJETO :

A DISTÂNCIA DE SUA RESIDÊNCIA AO SEU LOCAL DE TRABALHO É : IGUAL A 1000 METROS SUPERIOR A 1000 METROS

OBSERVAÇÃO: ANEXAR COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO SERVIDOR COMO XEROX DA CONTA DE ÁGUA OU LUZ, RECIBO DE ALUGUEL, ETC.

PARA COMPROVANTE EM NOME DE TERCEIROS ESPECIFICAR O NOME E GRAU DE PARENTESCO:

NOME :

GRAU DE PARENTESCO:

AUTORIZO O DESCONTO DE 3% DE MEUS VENCIMENTOS, EM FOLHA DE PAGAMENTO, E DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS, SOB PENA DE SOFRER AS PENALIDADES DA LEI.

DATA :	ASSINATURA :
--------	--------------