

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Diretoria de Recursos Humanos

Auxílio - Transporte

Nome:		
Matricula SIAPE:	Cargo:	Lotação/Unidade::
Endereço:		CEP:
Bairro:	Município:	UF:
SERVIDOR DO QUADRO		REQUISITADO / ÓRGÃO DE ORIGEM:

Percurso da Residência para o Trabalho:

Meio de Transporte	Linha	Itinerário	Valor	Empresa

Percurso do Trabalho para a Residência:

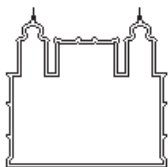
Meio de Transporte	Linha	Itinerário	Valor	Empresa

Total diário: R\$

Diário (x 22): R\$

Diário x

Plantões: R\$



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Diretoria de Recursos Humanos

**AUXÍLIO-TRANSPORTE
CANCELAMENTO**

À Diretoria de Recursos Humanos,

Eu, _____, matrícula/Siape nº _____, ocupante do cargo de _____, do quadro de pessoal desta Fundação, admitido(a) em ____/____/____, lotado(a) no(a) _____, venho requerer a V.Sa. o **CANCELAMENTO** do benefício do Auxílio-Transporte, previsto na Medida Provisória nº 2.165-36, de 23/08/01, regulamentada pelo Decreto nº 95.247, de 17/11/87 e alterado pelo Decreto nº 2.880, de 15/12/98.

Nestes termos,
Peço-lhe deferimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____ .

Assinatura e carimbo do requerente