



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO

### DECLARAÇÃO DE AUXÍLIO-DESLOCAMENTO

OPTANTE SIM ( ) NÃO ( )  
INFORMAÇÕES PESSOAIS

Eu, \_\_\_\_\_ Cadastro: \_\_\_\_\_  
Cargo/Função: \_\_\_\_\_  
Residente na Rua: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
Bairro: \_\_\_\_\_,  
Localidade ou Distrito: \_\_\_\_\_.

### INFORMAÇÕES FUNCIONAIS

Lotado (a) \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_  
Complemento (Ponto de Referência e/ou entre ruas) \_\_\_\_\_

**DECLARO E ESTOU CIENTE QUE TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE SÃO VERDADEIRAS, PARA FINS DE PERCEPÇÃO DO AUXÍLIO-DESLOCAMENTO, e sendo assim, solicito o pagamento do mesmo, além de me comprometer a atualizar esta declaração no momento em que ocorrer alteração nas circunstâncias que fundamentaram a concessão do benefício, e firmo a presente Declaração sob as penas da Lei.**

Porto Velho, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ assinatura do (a) servidor (a)

**De acordo, encaminhe-se à CMRH/SEMAD, para análise. Segue em anexo, comprovante de endereço atualizado, em nome do requerente.**

Em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Assinatura e c arimbo da chefia imediata do servidor**

Art. 167 da Lei Complementar nº 385, de 01.07.2010. A autoridade que tiver ciência de irregularidade no serviços público tomará medidas necessárias à promoção de sua imediata apuração.

Atendente: