

Assunto: Solicitação de Indenização de Transporte – Decreto 378/92

Senhor Secretário,

Eu, _____, matrícula nº _____, ocupante do cargo de _____, lotado na Unidade Local de Saúde _____, solicito o pagamento da Indenização de Transporte que trata o Decreto nº 378/92.

Atendendo ao disposto no art. 4º, II, do Decreto nº 378/92, anexo o certificado de propriedade do veículo automotor – Placa _____ e Termo de Responsabilidade devidamente assinada por mim.

Nestes termos pede deferimento.

Florianópolis, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Servidor(a)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, matrícula nº _____, declaro para os devidos fins e efeitos legais que tenho pleno conhecimento das normas e requisitos estabelecidos no Decreto nº 378/92, comprometendo-me a solicitar o cancelamento do pagamento de indenização de transporte caso venha a deixar de preencher qualquer um dos requisitos exigidos no Decreto supracitado, bem como informar à Assessoria em Gestão de Pessoas, da Secretaria Municipal de Saúde, qualquer mudança de lotação para que se prorogue ou não o benefício.

Florianópolis, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Servidor(a)