

**Formulário de Ressarcimento de Transporte Seletivo ou Especial**  
*Conforme Orientação Normativa SRH, No- 4, de 8 de Abril de 2011. Art 5º, §2.*

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Matrícula Siape: \_\_\_\_\_ Residência (Bairro/Cidade): \_\_\_\_\_

Campus: \_\_\_\_\_

Dia	Percurso	Descrição do Serviço
<b>TOTAL</b>		

Atesto a veracidade das informações e a execução dos serviços.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Chefia Imediata

CONFERIDO PELA COPES DO CAMPUS \_\_\_\_\_

EM, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Matrícula SIAPE nº: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor do Campus

Autorizo pagamento no valor de R\$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor de Gestão de Pessoas