|  |
| --- |
| **SOLICITAÇÃO DE AUXÍLIO TRANSPORTE PARA SERVIDOR COM DEFICIENCIA CONFORME INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 207 de 21/10/2019** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dados do Servidor** | NOME:       | SIAPE:       |
| CARGO:       | LOTAÇÃO:       |
| RAMAL:      | CELULAR / FIXO:       |
| E-MAIL INSTITUCIONAL:       |
| ENDEREÇO:       COMPLEMENTO:       |
| CIDADE:       BAIRRO:       CEP:       |

|  |
| --- |
| **QUESTIONARIO** |
| 1) UTILIZA A REDE DE TRANSPORTE COLETIVO?[ ]  SIM [ ]  NÃOEM CASO NEGATIVO, JUSTIFIQUE:      |
| 2) HÁ ADAPTAÇÕES PARA USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA NOS MEIOS DE TRANSPORTE PÚBLICO DISPONÍVEIS NO SEU PERCURSO (RESIDÊNCIA – TRABALHO E VICE-VERSA)? [ ]  SIM [ ]  NÃOa) ESTAS ADAPTAÇÕES ATENDEM A SUA NECESSIDADE? JUSTIFIQUE.      |
| 3) DESCREVA COMO É REALIZADO, ATUALMENTE, O DESLOCAMENTO DA SUA RESIDENCIA ATÉ O LOCAL DE TRABALHO E VICE-VERSA:      |
| 4) INFORME AS DIFICULDADES ENCONTRADAS UTILIZANDO O TRANSPORTE COLETIVO PARA SE DESLOCAR DA SUA RESIDÊNCIA ATÉ SEU LOCAL DE TRABALHO E/OU VICE-VERSA:       |
| 5) QUAIS OS BENEFÍCIOS ADQUIRIDOS, CASO HAJA CONCESSÃO DESTE AUXÍLIO?      |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DO SERVIDOR** |
| Declaro, para todos os fins, que as informações prestadas neste formulário foram por mim conferidas e expressam a verdade. Assumo inteira responsabilidade pelas mesmas, como signatário deste documento, nos termos da legislação vigente. Fico ciente de que a falsidade desta declaração será passível de apuração na forma da Lei.Data: / /  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do servidor |

|  |
| --- |
| **AUTORIZAÇÃO DO SERVIDOR** |
| Autorizo que os documentos do meu prontuário médico sejam consultados pela equipe multiprofissional para embasamento da referida solicitação.Data: / /  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura do servidor |

**OBSERVAÇÃO:** Além da analise documental, outras metodologias poderão ser utilizadas pela equipe multiprofissional para subsidiar o parecer.

PROCEDIMENTO:

1- Preencher e assinar este formulário.

2- Entregar na SUGEPE/DSQV - Campus Santo André - Bloco A - Subsolo - Sala S-16.

FUNDAMENTO LEGAL: Instrução Normativa nº 207 de 21/10/2019.

v. 02.2020