

ANEXO II
Declaração Bolsa Transporte
(Art. 5º da Portaria nº 1628/SMS-GAB/ 2014)

Nome do Profissional	
Documento de identidade	
Endereço residencial	
Telefone de contato	
Unidade de Trabalho	
CRS	
CNESS	

Declaro estar exercendo minhas atividades como médico em equipe da Estratégia da Saúde da Família na unidade acima especificada, em decorrência de minha adesão ao Projeto mais Médicos para o Brasil, no âmbito do Programa Mais Médicos.

Declaro que recebi da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, em complemento às obrigações do Município, conforme estabelecido nos itens 3.1.j do Termo de Adesão e Compromisso fixado entre o Município de São Paulo e o Ministério da Saúde, a importância de R\$ 230,00 (duzentos e trinta reais) referente à Bolsa Transporte do mês de _____/2014, estando ciente de que os valores devem ser aplicados para fins de custeio **exclusivamente** das despesas de locomoção, conforme previsto na Lei nº 16.011, de 11/06/2014.

São Paulo,de..... de 2014

Assinatura do médico/CPF