



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Anexo I da Portaria nº 30/SGM-SEGES/2021

BONIFICAÇÃO POR RESULTADOS - IMPUGNAÇÃO

Exercício _____

SECRETARIA / SUBPREFEITURA: _____

IMPRESSÃO FRENTE E VERSO

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

NOME: _____ RF/VINC: _____

CARGO: _____ REFERÊNCIA: _____

UNIDADE: _____ TELEFONE: _____

2. REQUERIMENTO:

URH OU SUGESP
Sr(a). Responsável,

Considerando o valor do pagamento da Bonificação por Resultados referente à _____ abaixo discriminado, que transcrevo:

(Valor do pagamento da Bonificação por Resultados)

venho através do presente requerer a **REVISÃO** do(s) item(ns) indicado(s) abaixo seguido de minha justificativa:

- () Índice de dias de efetivo exercício referente ao exercício de _____;
- () Somatório da retribuição mensal do exercício de _____.

Justificativa: _____

Documentos anexos: _____

São Paulo, ____ / ____ / ____

Assinatura do(a) Servidor(a)

3. ANÁLISE DE RECURSO

O(a) servidor(a) identificado(a) no campo 1, no exercício de _____, possuiu os seguintes itens:

3.1 ÍNDICE DE DIAS DE EFETIVO EXERCÍCIO EM _____:

Período em que o agente público esteve com vínculo ativo com a PMSP (de dia/mês a dia/mês)	
Número de dias = R1	

DECRÉSCIMOS (Dias)	
Faltas	
Faltas Abonadas	
Licenças Médicas	
Afastamentos	
Suspensões	
Total: Resultado 2 = R2 (em dias)	

ÍNDICE DE DIAS DE EFETIVO EXERCÍCIO	(R1-R2)÷R1	
--	-------------------	--

3.2 SOMATÓRIO DA RETRIBUIÇÃO MENSAL DO SERVIDOR DO EXERCÍCIO DE _____

MÊS	RETRIBUIÇÃO
01	
02	
03	
04	
05	
06	
07	
08	
09	
10	
11	
12	
SOMATÓRIO DA RETRIBUIÇÃO	
20% DO SOMATÓRIO	

3.3 ÍNDICE AGREGADO DE CUMPRIMENTO DE META

Órgão	Índice Agregado de Cumprimento de Meta ou Média de Índice Agregado de Cumprimento de Meta

3.4 FATOR ORÇAMENTÁRIO: _____

3.4 VALOR DA BONIFICAÇÃO POR RESULTADOS

$$\begin{array}{ccccccc} \text{ÍNDICE DE} & & \text{_____\% DO} & & \text{ÍNDICE} & & \text{FATOR} \\ \text{EFETIVO} & & \text{SOMATÓRIO DA} & & \text{AGREGADO DE} & & \text{ORÇAMENTÁRIO} \\ \text{EXERCÍCIO ()} & \times & \text{RETRIBUIÇÃO} & \times & \text{CUMPRIMENTO DE} & \times & \\ & & \text{MENSAL ()} & & \text{META ()} & & \text{(______)} \\ & & & & & & \end{array}$$

VALOR ()

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE:

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo

USO EXCLUSIVO DA URH/SUGESP (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

4. INFORMAÇÃO PARA DESPACHO

Após revisão efetuada quanto a situação funcional apresentada pelo (a) requerente identificado(a) no campo 1 frente ao pagamento da BONIFICAÇÃO POR RESULTADOS, referente ao exercício de _____, manifesto-me pela

- () Manutenção do valor do pagamento;
- () Retificação do valor do pagamento para _____;

São Paulo, ____ / ____ / ____ .

Assinatura e Carimbo responsável (URH/ SUGESP/COORD)