



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

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

BONIFICAÇÃO POR RESULTADOS - REQUERIMENTO

Ciclo do Programa de Metas – ____ (Exercício ____)

SECRETARIA / SUBPREFEITURA: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A)

NOME: _____ RF/VINC: _____

CARGO: _____ Padrão/REF/SIMB: _____

UNIDADE: _____

ENDEREÇO: _____ Nº _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

ESTADO: _____ CEP: _____ TELEFONE: () _____

OBS.: _____

2. REQUERIMENTO:

Unidade de Gestão de Pessoas
Senhor (a) Responsável,

Na qualidade de servidor () ativo () aposentado () ex-servidor, venho através do presente requerer o pagamento da Bonificação por Resultados referente ao exercício de _____, conforme abaixo:

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 _____, possui os seguintes insumos:

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) = Resultado igual ou menor que 242 dias (indeferimento)	
	(R1-R2) = Resultado igual ou maior que 243 dias ÷ 365	

3.2. SOMATÓRIO DA RETRIBUIÇÃO MENSAL DO SERVIDOR DO EXERCÍCIO DE _____:

MÊS	RETRIBUIÇÃO
JANEIRO	
FEVEREIRO	
MARÇO	
ABRIL	
MAIO	
JUNHO	
JULHO	
AGOSTO	
SETEMBRO	
OUTUBRO	
NOVEMBRO	
DEZEMBRO	
SOMATÓRIO DAS RETRIBUIÇÕES	
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: _____

3.5. VALOR DA BONIFICAÇÃO POR RESULTADOS:

ÍNDICE DE EFETIVO EXERCÍCIO X 20% DO SOMATÓRIO DA RETRIBUIÇÃO X ÍNDICE AGREGADO DE CUMPRIMENTO DE META X FATOR ORÇAMENTÁRIO

(_____) X (_____) X (_____) X (_____)

VALOR DA BR EM REAIS (R\$ _____) OBSERVAÇÃO: TETO LIMITADOR DE R\$ _____

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) interessado (a) identificado(a) no campo 1 frente ao pagamento da BONIFICAÇÃO POR RESULTADOS, referente ao exercício de _____:

(____) **DEFIRO**, nos termos da manifestação do campo 3;

(____) **INDEFIRO**, nos termos da manifestação do campo 3.

São Paulo, ____ / ____ / ____ .

Assinatura e Carimbo responsável (URH/SUGESP)

Publicado no DOC de ____ / ____ / ____ à fl. _____