



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul
Diretoria de Gestão de Pessoas

AUXÍLIO TRANSPORTE			
() ADESÃO INICIAL	() RECADASTRAMENTO	() ATUALIZAÇÃO () ENDEREÇO () HORÁRIO () VALOR/PERCURSO	() CANCELAMENTO PREENCHER SOMENTE ITEM 1 e ASSINAR
1. DADOS DO REQUERENTE			
NOME		MATRÍCULA	
CARGO		CPF	
CAMPUS		TELEFONES	
2. ENDEREÇO RESIDENCIAL			
LOGRADOURO/Nº/COMPLEMENTO			
BAIRRO		MUNICÍPIO/UF	CEP
NECESSITO DE AUXÍLIO TRANSPORTE PARA OS SEGUINTE DIAS:		PARECER DA CHEFIA IMEDIATA	
DIAS DA SEMANA		HORÁRIO INICIAL/HORÁRIO FINAL	
Segunda-feira			
Terça-feira			
Quarta-feira			
Quinta-feira			
Sexta-feira			
		Declaro que, o(a) REQUERENTE, necessita de auxílio transporte nos referidos dias, conforme tabela ao lado.	
		____/____/____ DATA	
		_____ CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA	
LINHA/TRAJETO		TARIFA UNITÁRIA	Nº DE PASSAGENS DIÁRIA
VENHO REQUERER o pagamento de auxílio-transporte, e assumo voluntariamente, sob as penas da Lei, e DECLARO que:			
[] Utilizo veículo próprio para meu deslocamento, conforme Ação Civil Pública Nº 5005041-89.2012.404.7113.			
[] Não utilizo veículo próprio e optei pela alternativa menos onerosa à Administração Pública.			
DECLARO serem exatas e verdadeiras as informações ora prestadas e que utilizo o benefício para cobrir despesas com meu deslocamento residência/trabalho/residência e que não recebo benefício similar em outro órgão, sob pena de responsabilidade administrativa, civil e penal, conforme Art. 299 do Código Penal Brasileiro (falsidade ideológica) e § 1º do art. 6º da MP nº 2.165-36 de 23/08/2001;			
ESTOU CIENTE de que a consignação da cota-parte (6% do vencimento, na proporcionalidade de 22 dias) referente à minha participação no custeio do benefício será deduzida do valor total em folha de pagamento, observado o art. 2º da MP nº 2.165-36 de 23/08/2001 e art. 2º do Decreto nº 2.880/1998;			
ESTOU CIENTE de que o auxílio-transporte não é devido para <u>deslocamentos em intervalos para repouso e alimentação, durante a jornada de trabalho e para deslocamentos efetuados com transportes seletivos ou especiais;</u>			
ESTOU CIENTE de que devo comunicar formalmente à DGP do IFRS qualquer alteração que ocorra e que divirja do que ora é requerido por mim e COMPROMETO-ME a atualizar as informações prestadas sempre que houver recadastramento ou alteração de jornada de trabalho e/ou local de trabalho e/ou endereço residencial, sob pena de suspensão do benefício até a atualização dos dados ou regularização de pendências;			
_____, ____/____/____. LOCAL E DATA		_____ ASSINATURA DO REQUERENTE	
Recebido pela unidade de Gestão de Pessoas em ____/____/____. Por _____			