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 A partir de ___/___/_____ PREENCHER SOMENTE ITEM 1 e ASSINAR

1. DADOS DO REQUERENTE

NOME	MATRÍCULA
CARGO	CPF
CAMPUS	TELEFONES

2. ENDEREÇO RESIDENCIAL

LOGRADOURO/N°/COMPLEMENTO		
BAIRRO	MUNICÍPIO/UF	CEP

NECESSITO DE AUXÍLIO TRANSPORTE PARA OS SEGUINTES DIAS:

	DIAS DA SEMANA	HORÁRIO INICIAL/HORÁRIO FINAL
	Segunda-feira	
	Terça-feira	
	Quarta-feira	
	Quinta-feira	
	Sexta-feira	

PARECER DA CHEFIA IMEDIATA

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	N° DE PASSAGENS DIÁRIA	N° DE PASSAGENS SEMANAL

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 N° 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 § 1° do art. 6° da MP n° 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. 2° da MP n° 2.165-36 de 23/08/2001 e art. 2° do Decreto n° 2.880/1998;

ESTOU CIENTE de que o auxílio-transporte **não é devido** para deslocamentos em intervalos para repouso e alimentação, durante a jornada de trabalho e para deslocamentos efetuados com transportes seletivos ou especiais;

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_____

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA E PREVISÃO LEGAL: Vide manual de fluxos.