



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				
<input type="checkbox"/> ADESÃO INICIAL	<input type="checkbox"/> RECADASTRAMENTO	<input type="checkbox"/> ATUALIZAÇÃO ( ) ENDEREÇO ( ) HORÁRIO ( ) VALOR/PERCURSO	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO A partir de ___/___/___ <small>PREENCHER SOMENTE ITEM 1 e ASSINAR</small>	
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	Declaro que estou ciente da solicitação de auxílio transporte apresentada pelo servidor.  _____/_____/_____ DATA CARIMBO E ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA		
Segunda-feira				
Terça-feira				
Quarta-feira				
Quinta-feira				
Sexta-feira				
LINHA/TRAJETO		TARIFA UNITÁRIA	Nº DE PASSAGENS DIÁRIA	Nº DE PASSAGENS SEMANAL
VENHO REQUERER o pagamento de auxílio-transporte e DECLARO que:				
[ <input type="checkbox"/> <b>Utilizo veículo próprio</b> para meu deslocamento, conforme Ação Civil Pública Nº 5005041-89.2012.404.7113.				
[ <input type="checkbox"/> <b>Não utilizo veículo próprio e optei pela alternativa menos onerosa à Administração Pública.</b>				
<b>DECLARO</b> serem exatas e verdadeiras as informações ora prestadas; <b>COMPROMETO-ME</b> 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		
<b>Recebido pela unidade de Gestão de Pessoas em ___/___/_____. Por _____</b>				
PARECER DA DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DO IFRS				
[ <input type="checkbox"/> REQUERIMENTO DEFERIDO	CÓDIGO SIAPE	VALOR DA DESPESA DIÁRIA (TOTAL SEMANAL/5 DIAS)	ACERTO MESES ANTERIORES	
			MÊS REF.	VALOR
[ <input type="checkbox"/> REQUERIMENTO INDEFERIDO	VALOR DO AUXÍLIO MENSAL		OBSERVAÇÕES:	
MOTIVO: _____				