



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DE PERNAMBUCO  
DIRETORIA DE GESTÃO DE PESSOAS  
REQUERIMENTO DE AUXÍLIO-TRANSPORTE

NOME DO SERVIDOR: \_\_\_\_\_  
SIAPE: \_\_\_\_\_ CAMPUS DE LOTAÇÃO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ COMPL: \_\_\_\_\_  
BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
EMAIL: \_\_\_\_\_

Venho requerer a minha opção referente ao auxílio-transporte, conforme assinalado abaixo:

( ☐ ) **INCLUSÃO**                      ( ☐ ) **EXCLUSÃO**                      ( ☐ ) **ALTERAÇÃO**                      ( ☐ ) **RECADASTRAMENTO**

Em caso de inclusão ou alteração, declaro estar ciente de que este órgão descontará 6%(seis por cento) do meu vencimento básico para o custeio do referido auxílio instituído pela MP nº. 2.165-36 de 2001, comprometendo-me a comunicar de imediato qualquer alteração que venha a ocorrer nas informações ora prestadas, conforme parágrafo 2º do artigo 6º da citada MP.

Declaro ainda que as despesas com transportes, discriminadas a seguir, são realizadas consoante o disposto no artigo 1º da MP nº. 2.165-36 de 2001, e que reconheço as sanções administrativas, civis e penais a que estarei submetido caso seja comprovada alguma inveracidade nas informações por mim fornecidas, conforme parágrafo 1º do artigo 6º da citada MP.

“Art 1º. Fica instituído o auxílio-transporte em pecúnia, pago pela União, de natureza jurídica indenizatória, destinado ao custeio parcial das despesas realizadas com transporte coletivo municipal, intermunicipal ou interestadual pelos militares, servidores e empregados públicos da Administração Federal direta, autárquica e fundacional da União, nos deslocamentos de suas residências para os locais de trabalho e vice-versa, excetuadas aquelas realizadas nos deslocamentos em intervalos para repouso ou alimentação, durante a jornada de trabalho, e aquelas efetuadas com transporte seletivos ou especiais.”(O trecho grifado foi omitido pela ON nº. 03 da SRH/MP de 23/06/2006)”

QUANTITATIVO DE DESLOCAMENTOS REALIZADOS NA SEMANA: _____			
RESIDÊNCIA/TRABALHO			
DE	PARA	TIPO DE VALE	VALOR DA PASSAGEM
RESIDÊNCIA/TRABALHO			
DE	PARA	TIPO DE VALE	VALOR DA PASSAGEM

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário

**Obs: Anexar o comprovante de residência atualizado.**