

Declaração para fins de concessão/recadastramento de auxílio-transporte

1 - Preenchimento realizado pelo(a) SERVIDOR(A):

Nome:	
SIAPE:	Lotação/Exercício:
Município de Residência:	
Município de Exercício de trabalho:	

1.1 - Número de deslocamentos

- ☐ Realizo o deslocamento entre cidade de residência e a cidade de trabalho **todos os dias** em que trabalho presencialmente.
- ☐ **Não** realizo o deslocamento entre cidade de residência e a cidade de trabalho **todos os dias** em que trabalho presencialmente.

Declaro que realizo, em média, ____ deslocamentos mensais entre residência e trabalho.

1.2 - Deslocamentos realizados

Dia da semana e horário aproximado em que habitualmente ocorrem os deslocamentos

PERCURSO RESIDÊNCIA/TRABALHO

DIAS

HORÁRIOS

<input type="checkbox"/>	Segunda-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Terça-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Quarta-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Quinta-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Sexta-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Sábado	_____
<input type="checkbox"/>	Domingo	_____

PERCURSO TRABALHO/RESIDÊNCIA

DIAS

HORÁRIOS

<input type="checkbox"/>	Segunda-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Terça-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Quarta-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Quinta-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Sexta-feira	_____
<input type="checkbox"/>	Sábado	_____
<input type="checkbox"/>	Domingo	_____

*Será analisada a residência habitual cfe Instrução Normativa SRT/MGI n° 71/2025 e Nota Informativa n° 48/2015/CGNOR/DENOP/SEGEP/MP

A veracidade das informações desta declaração e a responsabilidade em atualizá-la no momento em que ocorrer alteração nas circunstâncias que fundamentam a concessão do benefício são de minha responsabilidade e estou ciente do exposto no § 3° do Art. 4° do Decreto 2.880/98.

____/____/____
Data

Assinatura e carimbo do servidor

*Assinatura digital será aceita exclusivamente via PEN ou Gov.BR

2- Preenchimento realizado pela CHEFIA IMEDIATA:

Declaro que o servidor(a) acima identificado(a) exerce suas atribuições funcionais, comparecendo presencialmente ao setor de trabalho ____ vezes por semana **ou** ____ plantões mensais.

____/____/____
Data

Assinatura e carimbo do servidor

*Assinatura digital será aceita exclusivamente via PEN ou Gov.BR