



Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas
Coordenadoria do Sistema de Pagamentos
Núcleo de Atendimento e Controle Orçamentário

Declaração para fins de concessão de auxílio transporte

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

Nome:	
Siape:	Lotação/Exercício:
Município de Residência:	
Município de Exercício:	

1.1 - Número de dias trabalhados (assinalar apenas **UMA** das opções abaixo)

Declaro que trabalho presencialmente ____ dias por semana (para quem trabalha 5 dias por semana, o sistema considerará uma média de 22 dias de deslocamento, conforme Decreto 2.880/98, Art. 2º).

Declaro que trabalho em escala de plantão, totalizando em média, ____ dias de plantões/mês.

1.2 - Número de deslocamentos realizados

Realizo ____ deslocamentos semanais no sentido residência/trabalho e ____ deslocamentos semanais no sentido trabalho/residência. (Para a equivalência mensal será considerado uma média de 4 semanas/mês).

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

PERCURSO RESIDÊNCIA/TRABALHO

- Segunda-feira _____
 Terça-feira _____
 Quarta-feira _____
 Quinta-feira _____
 Sexta-feira _____
 Sábado _____
 Domingo _____

PERCURSO TRABALHO/RESIDÊNCIA

- Segunda-feira _____
 Terça-feira _____
 Quarta-feira _____
 Quinta-feira _____
 Sexta-feira _____
 Sábado _____
 Domingo _____

*Será analisada a residência habitual do servidor nos termos da IN. 207/2019 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 § 3º do Art. 4º 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