



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

- | | | |
|--------------------------|---------------|-------|
| <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

- | | | |
|--------------------------|---------------|-------|
| <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 do servidor nos termos da IN. 207/2019 e Nota Informativa N. 48/2015/CGNOR/DENOP/SEGEPE/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