



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA DO AMAPÁ
PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS

AUXÍLIO-TRANSPORTE: TERMO DE OPÇÃO, SUSPENSÃO OU RESTABELECIMENTO

NOME DO(A) SERVIDOR(A)	MATRÍCULA SIAPE
CARGO	CLASSE/PADRÃO

ENDEREÇO-LOCAL DE TRABALHO

REQUERIMENTO

Requer o Auxílio-Transporte, comprometendo-se a utilizá-lo em conformidade com a legislação.
Declara estar ciente de que o uso indevido do benefício e a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição, nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

____/____/____

ASSINATURA

SUSPENSÃO

Requer a suspensão do auxílio-transporte.

____/____/____

ASSINATURA

RESTABELECIMENTO

Requer o restabelecimento do auxílio-transporte.

____/____/____

ASSINATURA

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TRANSPORTE UTILIZADO (Tipo/Códigos: 1 = Ônibus; 2 = Outros)

TIPO	NOME DA EMPRESA	LINHA	QUANT. DIÁRIA DE PASSAGENS	TARIFA	VALOR TOTAL DIÁRIO (R\$)

TOTAL

____/____/____

ASSINATURA

ATUALIZAÇÃO/INFORMAÇÕES DE TRANSPORTE

TIPO	NOME DA EMPRESA	LINHA	QUANT. DIÁRIA DE PASSAGENS	TARIFA	VALOR TOTAL DIÁRIO (R\$)

TOTAL

____/____/____

ASSINATURA