MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTO DE AJUDA DE TRANSPORTE

Ao(À) Senhor(a) Pró-Reitora da Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas,

Venho pelo presente requerer a V.Sª a Ajuda de Transporte, prevista no inciso II, artigo 1º do Decreto nº 4004 de 08/11/2001, tendo em vista a publicação do Ato de minha redistribuição em Diário Oficial da União.

1. DADOS DO(A) SERVIDOR(A) INTERESSADO(A)

Nome Completo do(a) servidor(a) interessado(a):	
Nome Social:	
Cargo:	**Matrícula SIAPE:**
E-mail:	**Telefone de contato:**
Instituição de origem:	
Endereço residencial de origem:	
Endereço residencial de destino:	

Assinale abaixo qual tipo de ajuda de transporte será requisitada:

☐ Indenização da despesa do transporte*

☐ Passagens adquiridas pela UFF

*O servidor que, atendido o interesse da Administração, utilizar condução própria no deslocamento para a nova sede, fará jus à indenização da despesa do transporte, correspondente a quarenta por cento do valor da passagem de transporte aéreo no mesmo percurso, acrescida de vinte por cento do referido valor por dependente que o acompanhe, até o máximo de três dependentes (Art. 3º, do Decreto nº 4004/2021)

2. DADOS DOS DEPENDENTES (se houver)

Atenção, servidor(a) assinale abaixo a(s) opção(opções) adequada(s) para seu caso:

☐ Declaro que o endereço de origem do(s) meu(s) dependentes **é o mesmo** que o meu, por isso o endereço a ser considerado é somente o especificado anteriormente.

☐ Declaro que o endereço dos meu(s) dependente(s) **não é o mesmo** que o meu, por isso indicarei o endereço residencial de origem do(s) meu(s) dependente(s) a seguir e anexarei ao processo o(s) respectivo(s) comprovante(s) de residência.

☐ Declaro que estou ciente que se meu(minha) cônjuge/companheiro(a) fizer jus à percepção de ajuda de transporte, o(a) mesmo(a) **não realizará** solicitação de ajuda de transporte para sua instituição de destino.

Nome do dependente 1:	
Número da Identidade:	**CPF:**
Grau de parentesco:	**Data de nascimento do dependente:**
Endereço residencial de origem:	

Nome do dependente 2:	
Número da Identidade:	**CPF:**
Grau de parentesco:	**Data de nascimento do dependente:**
Endereço residencial de origem:	

Nome do dependente 3:	
Número da Identidade:	**CPF:**
Grau de parentesco:	**Data de nascimento do dependente:**
Endereço residencial de origem:	

Nome do dependente 4:	
Número da Identidade:	**CPF:**
Grau de parentesco:	**Data de nascimento do dependente:**
Endereço residencial de origem:	

Se houver necessidade de incluir mais dependentes, anexe ao processo os dados adicionais conforme o modelo acima.

Nestes termos,
pede deferimento.

_____ , em _____/ _____/ _____.

_____

Assinatura do(a) Servidor(a)