



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO

SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

1. NOME:

2. JORNADA DE TRABALHO:

Solicito o pagamento dos auxílios conforme opção assinalada (para fins de cadastro e pagamento será considerada a data de efetivo exercício):

() Sim () Não - **1. Auxílio – Alimentação** - Declaro que desejo aderir ao programa de auxílio- alimentação, por não perceber idêntico benefício de cofres públicos (municipal, estadual, federal, autarquia, fundação, empresa pública, sociedade de economia mista). Estou ciente de que a inveracidade da informação prestada constitui falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

() Sim () Não - **2. Auxílio Transporte** - Declaro que, para fins de percepção do auxílio-transporte e sob as penas da Lei (Art. 299 do Código Penal Brasileiro), no trajeto de deslocamento residência / trabalho (RT), trabalho/residência (TR) ou, no caso de acumulação lícita, trabalho/trabalho (TT), utilizo os transportes coletivos abaixo relacionados, na quantidade diária e semanal indicadas:

Tipo de trajeto (RT, TR e TT)	Empresa	Linha	Tarifa Unitária	Quantidade Diária de Passagens	Quantidade Semanal de Passagens

DECLARO, ainda, que o itinerário acima informado possibilita o cumprimento de minha jornada de trabalho. Sendo assim, solicito o pagamento do benefício do Auxílio-Transporte, conforme comprovante de residência válido anexado a (s) folha (s) _____ e comprometo-me a atualizar este REQUERIMENTO no momento em que ocorrer alteração nas circunstâncias que fundamentaram a concessão do benefício.

Assinatura do Servidor

INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Solicito a inclusão do(s) dependente(s) abaixo relacionado(s) para fins de percepção do(s) benefício(s) assinalado(s), em conformidade com a respectiva legislação, anexando ao presente a documentação necessária.

(1) Auxílio creche Dec. 977/1993

Declaro que não percebo idêntico benefício em outro órgão público, bem como autorizo a consignação em folha de pagamento da minha participação no custeio do benefício, conforme previsto no Decreto nº 977/1993.

(2) Inclusão de dependência para Imposto de Renda – Legislação Vigente.

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à fonte pagadora assumi-las perante a fiscalização, ficando também sob minha responsabilidade qualquer alteração que venha a ocorrer em relação ao número de dependentes.

NOME	CPF	BENEFÍCIO	PARENTESCO	Comprovação folhas:
		() ()		
		() ()		
		() ()		
		() ()		

Declaro, ainda, que _____ (cônjuge / companheiro) não percebe os benefícios acima solicitados pelos cofres da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Vitória, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Servidor