



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

REQUERIMENTOS DE  
AUXÍLIO  
ALIMENTAÇÃO E  
INCLUSÃO DE  
DEPENDENTES

### SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS

1 . NOME:

2 . JORNADA DE TRABALHO:

( ) Sim ( ) Não 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 que a inveracidade da informação prestada constitui falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício (para fins de cadastro e pagamento será considerada a data de efetivo exercício).

( ) Estou ciente de que a solicitação de Auxílio Transporte, em caso de interesse por este benefício, deve ser feita através do SOUGOV, conforme instruções constantes em <<https://progep.ufes.br/manual-servidor/auxilio-transporte>>.

### 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
		( ) ( )	
		( ) ( )	
		( ) ( )	
		( ) ( )	

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

Declaro ainda que assumo integral responsabilidade pela fidelidade das informações ora apresentadas e comprometo-me a comunicar qualquer alteração à Diretoria de Gestão de Pessoas da UFES.

\_\_\_\_\_/ES, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Local e Data)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Declarante)