



TERMO DE OPÇÃO POR AUXÍLIO-TRANSPORTE

Nos termos do Decreto 2.880/98, que institui o Auxílio-Transporte, regulamentado pelas MP 2.165/2001 e Orientação Normativa Nº 3/2011, declaro que as informações abaixo são verdadeiras.

Matrícula	Nome		
Endereço	Bairro	Cidade	
CEP	Telefone Residencial	Celular(es)	
E-mail		Lotação	

Desejo receber o Auxílio-Transporte, comprometendo-me a utilizá-lo conforme explicita a legislação, estando ciente de que o uso indevido do mesmo e a falsidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da lei específica vigente. DATA: ___/___/___ ASSINATURA: _____	Solicito a suspensão do Auxílio-Transporte DATA: ___/___/___ ASSINATURA: _____
	Solicito o restabelecimento do Auxílio-Transporte DATA: ___/___/___ ASSINATURA: _____

PERCURSO/LINHAS UTILIZADAS

PERCURSO	EMPRESA	LINHA UTILIZADA	VALOR DA TARIFA (R\$)
Residência x Trabalho Trabalho x Residência			
Valor total da tarifa diária utilizada →			

Qualquer alteração no meu endereço residencial será de minha responsabilidade informar a Diretoria de Cadastro e Pagamento de Pessoal.

Autorizo o **IFPB** a descontar mensalmente do meu vencimento, até o limite de 6% (seis por cento), sobre o vencimento básico, valor destinado a cobrir a concessão do Auxílio-Transporte por mim recebido, conforme legislação.

Tenho conhecimento de que o Auxílio-Transporte:

- ✓ Não tem natureza salarial;
- ✓ Não incorpora à remuneração para qualquer efeito;
- ✓ Não constitui base de cálculo para o Plano de Seguridade Social e Assistência à Saúde;
- ✓ Não configura rendimento tributável;

_____, em ___/___/___
Local Assinatura do(a) servidor(a)

PARA USO EXCLUSIVO DA DCP

MOVIMENTAÇÃO REALIZADA: () Inclusão () Exclusão () Recadastramento

Data	Assinatura e carimbo do(a) responsável
------	--

PROTOCOLO DE ENTREGA - FORMULÁRIO AUXÍLIO-TRANSPORTE

Servidor (a):	
Data	Assinatura e carimbo do(a) responsável: