

**INSTITUTO FEDERAL**

Mato Grosso

Reitoria

Diretoria Sistêmica de Gestão de Pessoas

**FICHA CADASTRO - SIAPE****DADOS PESSOAIS**

1. CPF		2. NOME DO(A) SERVIDOR(A)			
3. SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	4. DATA DE NASCIMENTO		5. GRUPO SANGUÍNEO A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>		6. FATOR RH POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO <input type="checkbox"/>
7. NOME DO PAI:					
8. NOME DA MÃE:					
9. NATURALIDADE					10. UF
11. ESCOLARIDADE <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Superior			12. TITULAÇÃO:		
13. ESTADO CIVIL			14. COR/ORIGEM BRANCA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/>		
15. DEFICIENTE FÍSICO? SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		16. TIPO DE DEFICIÊNCIA			
17. QUANTIDADE DE DEPENDENTES ECONOMICAMENTE: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> OUTROS ____			18. NACIONALIDADE		

**DOCUMENTOS PESSOAIS**

19. CART. DE IDENTIDADE N°		20. ORGÃO EXPEDIDOR		21. UF	22. DATA DE EXP.
23. TÍTULO DE ELEITOR		24. ZONA	25. SEÇÃO	26. UF	27. DATA DE EXP.
28. CERTIFICADO DE RESERVISTA		29. ÓRGÃO EXPEDIDOR		30. SÉRIE	
31. CARTEIRA DE TRABALHO		32. SÉRIE	33. UF	34. PIS / PASEP	
35. DATA PRIMEIRO EMPREGO		36. PASSAPORTE			

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

37. ENDEREÇO RESIDENCIAL				38. NÚMERO / COMPLEMENTO	
39. BAIRRO		40. CIDADE			41. UF
42. CEP	43. CAIXA POSTAL	44. TELEFONE ( )		45. CELULAR ( )	
46. ENDEREÇO ELETRÔNICO:					

**DADOS BANCÁRIOS**

47. N° BANCO / NOME BANCO		48. AGÊNCIA	49. DV	50. NOME DA AGÊNCIA:	
51. TIPO DA OPERAÇÃO: <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE			52. NÚMERO DA CONTA:		53. DV:

Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações que prestei no presente formulário, comprometendo-me comunicar a Diretoria Sistêmica de Gestão de Pessoas do IFMT, quaisquer alterações.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)



**INSTITUTO FEDERAL**

Mato Grosso

Reitoria

Diretoria Sistêmica de Gestão de Pessoas

### 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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A)