



SOLICITAÇÃO/CANCELAMENTO DE VALE TRANSPORTE

1 – DADOS PESSOAIS

Nome do Funcionário: _____

CPF: _____ Matrícula: _____

Cargo: _____

Unidade de Saúde: _____

Gerência Distrital: _____

() Declaro que **não desejo** vales Transporte.

() Nos termos do artigo 7º do decreto nº 95.247 de 17 de novembro de 1987, **solicito receber** o Vale Transporte e comprometo-me:

a) A utilizá-lo exclusivamente para meu efetivo deslocamento residência/trabalho e vice-versa;

b) A renovar anualmente ou sempre que ocorrer alteração no meu endereço residencial ou dos serviços e meios de transporte mais adequados ao meu deslocamento residência /trabalho e vice-versa;

c) Autorizo a descontar até 6% (seis por cento) do meu salário básico mensal para concorrer ao custeio do vale transporte (conforme o artigo 9º do decreto nº 95.247/87);

d) Declaro estar ciente de que a declaração falsa ou o uso indevido do vale transporte constituem falta grave (conforme o inciso 3º do artigo 7º do decreto nº 95.247/87).

Tipo de vale solicitado/cancelado:

() TRI

() OUTROS: Empresa: _____

Porto Alegre, _____ de _____ de 201____.

(Assinatura do Funcionário)



ROTEIRO DE TRANSPORTE

Nome do Funcionário: _____

CPF: _____ Matrícula: _____

Cargo: _____

Unidade de Saúde: _____ GD: _____

Endereço residencial: _____

OBS: O comprovante de endereço poderá ser solicitado pelo empregador a qualquer momento.

Descreva seu Trajeto diário: _____

	1	2	3
Empresa			
Linha			
Tarifa R\$			
N° de vales			

Porto Alegre, _____ de _____ de 201____.

(Assinatura do Funcionário)