



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SOLICITAÇÃO DE VALE TRANSPORTE

NOME DO EMPREGADO:	RG:
FUNÇÃO:	
LOCAL:	
ENDEREÇO:	
RG. _____ CPF: _____ Data de nascimento: ____/____/____	
[] OPTO / [] NÃO OPTO PELA UTILIZAÇÃO DO VALE TRANSPORTE	

Nos termos da lei Federal nº 7.418, de 16 de dezembro de 1985, alterada pela Lei Federal nº 7.619, de 30 de setembro de 1987 e regulamentado no âmbito Estadual através da edição do Decreto nº 33.064, de 13 de março de 1991, 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 transportes mais adequados ao meu deslocamento residencial/trabalho e vice-versa;
- c) Autorizar o desconto de até 6% (seis por cento) do meu salário básico mensal para concorrer ao custeio do Vale Transporte (conforme o artigo 9º do Decreto n.º 33.064/91);
- d) Estar ciente no caso de Declaração Falsa ou uso indevido do Vale Transporte constituem Falta Grave e ilícito penal (conforme o parágrafo 2º do artigo 6º do Decreto n.º 33.064/91) e que o empregador poderá dispensa-me por Justa Causa, nos termos do artigo 482 da C.L.T.

MINHA RESIDÊNCIA ATUAL

RUA/AV:	N.º
BAIRRO:	CIDADE:
CEP:	UF:

**MEIO DE TRANSPORTE
RESIDÊNCIA / TRABALHO**

TIPO	NOME E N.º LINHA	EMPRESA TRANSPORTADORA	TARIFA
-			
2-			
3-			
4-			

TRABALHO / RESIDÊNCIA

1-			
2-			
3-			
4-			

São Paulo, ____ de _____, de 20__.

Assinatura