



OPÇÃO DE VALE TRANSPORTE



Opto pela utilização do benefício

Não opto pela utilização do benefício

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

CANCELAMENTO

Declaro que o Cartão VT ficará sob minha responsabilidade e que o Qsaúde apenas disponibilizará o crédito junto aos órgãos responsáveis. Qualquer problema cadastral em meu nome e CPF que impossibilite a disponibilização desses créditos será de minha responsabilidade. Declaro ainda que a empresa não adiantará valores em dinheiro até que a regularização aconteça.

DADOS DO COLABORADOR

Nome:

E-mail:

Endereço residencial:

CEP:

Bairro:

Cidade:

Ramal:

Matricula:

DESCREVA ABAIXO AS CONDUÇÕES UTILIZADAS

DE SUA RESIDÊNCIA PARA O TRABALHO

Tipo de transporte (Ex: ônibus, metrô ou trem)	Descrição da linha	Tipo de cartão (Ex: Bom, Sptrans)	Valor da passagem

DO TRABALHO PARA SUA RESIDÊNCIA

Tipo de transporte (Ex: ônibus, metrô ou trem)	Descrição da linha	Tipo de cartão (Ex: Bom, Sptrans)	Valor da passagem

Nos termos do artigo 7º do Decreto nº 95.247 de 17 de dezembro de 1987, solicito receber o Vale Transporte e comprometo-me:

- A utilizá-lo exclusivamente para meu efetivo deslocamento residência-trabalho e vice-versa.
- 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.

- Autorizo a descontar até 6% (seis por cento) do meu salário base mensal para concorrer ao custeio do Vale-Transporte (artigo 9º do Decreto nº 95.247/87).
- Declaro estar ciente de que a declaração falsa ou o uso indevido do Vale-Transporte constituem falta grave (§ 3º do artigo 7º do Decreto 95.247/87).

São Paulo _____ de _____ de _____

Assinatura do Colaborador