

Inclusão **Alteração** **Exclusão**

Nome do Colaborador:
LUCAS MARTINELLI DA SILVA GUIMARAES

Cargo: **OPÉRADOR CVFT** CPF: 180.098.897-41

CR: 73710 **Endereço e nº do local de trabalho:** GRAÇA ARANHA 26

CEP: 25213-330 Bairro e cidade:

Possui Rio Card.? (X) Sim () Não Número: 01.04.13026890-9

- Transporte Fretado
 Opto pela Utilização do Vale Transporte
 Não opto pela Utilização do Vale Transporte

Nos termos do artigo 7º do decreto nº 95247 de 17 de novembro de 1987, solicito receber o Vale transporte e comprometo-me.

- a) utilizá-lo exclusivamente para meu eletivo deslocamento residência trabalho e vice - versa.
- b) renovar anualmente ou sempre que ocorrer alteração no meu endereço residencial ou dos serviços e meio de transporte mais adequados ao meu deslocamento residencial / trabalho e vice-versa.
- c) Autorizo a descontar 6% (seis por cento) do meu salário básico mensal para concorrer ao custeio do vale transporte (conforme o artigo 9º do Decreto nº 95247/87).
- d) Declaro estar ciente de que a declaração falsa ou uso indevido do Vale – transporte constituem falta grave (conforme o 3º do artigo 7º do Decreto nº 95247/87).

Minha Residência Atual:

Rua: RUA ONOFRE SILVA 300 Nº 300

Bairro: JARDIM PRIMAVERA Cidade RIO DE JANEIRO UF: RJ CEP: 25213-330

IDA

Meio de Transporte

Modalidade	Nome e Nº da Linha	Empresa Transportadora	Tarifa
() MUNICIPAL		REGINAS	14,90
() INTERMUNICIPAL	MAGE- CENTRAL		
() MUNICIPAL	VLT	VLT	4.70
() INTERMUNICIPAL			

VOLTA

Modalidade	Nome e Nº da Linha	Empresa Transportadora	Tarifa
() MUNICIPAL		REGINAS	14.90
() INTERMUNICIPAL	CENTRAL- MAGÉ		
() MUNICIPAL	VLT	VLT	4.70
() INTERMUNICIPAL			

Rio de Janeiro 08 de SETEMBRO de 2025.

Assinatura do Colaborador _____ LUCAS MARTINELLI DA SILVA GUIMARAES

Assinatura Responsável RH _____

Este documento, quando impresso, não é controlado.