



FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO

Avenida Dr. Altino Arantes, 284 Centro CEP: 11608-623 São Sebastião/SP

E-mail para contato: adm.fspss@gmail.com Telefone: (12) 3891-1084

CNPJ: 19.843.891/0001-76

OPÇÃO DE VALE TRANSPORTE

Funcionário		Cargo	
Matrícula		Unidade	
CPF:		Endereço/Nº	
Bairro		Cidade/Estado	

() OPTO pela utilização do Vale-Transporte

() NÃO OPTO pela utilização do Vale-Transporte

Nos termos da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT e da Lei Nº 7.418 de 16 de dezembro de 1985, solicito receber, da **FSPSS - FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE SÃO SEBASTIÃO**, o(s) Vale(s)-Transporte abaixo descritos, e:

1. Comprometo-me a utilizá-lo exclusivamente para o meu efetivo deslocamento residência-trabalho e vice-versa;
2. Comprometo-me a informar ao Setor de Recursos Humanos sempre que houver alteração no meu endereço residencial ou dos serviços e meios de transporte mais adequados ao meu deslocamento residência/trabalho e vice-versa;
3. Autorizo o desconto de 6% (seis por cento) do meu salário básico mensal para concorrer ao custeio do Vale-Transporte, conforme determina o parágrafo único do Art. 4º da Lei 7.418/85;
4. Declaro estar ciente de que a declaração falsa ou o uso indevido do Vale-Transporte constituem falta grave, podendo incorrer em sanções disciplinares administrativas cabíveis;
5. Anexo cópia do meu comprovante de residência atualizado, com CEP, neste pedido.

Declaro o(s) percurso(s) e transporte(s) abaixo suficientes(s) e necessário(s) ao deslocamento de minha residência ao trabalho e do trabalho à minha residência:

Residência ao Trabalho (IDA)					
Itinerário	Municipal ou Intermunicipal	Empresa	Nº do Cartão (se houver)	Preço	QTD

Trabalho à Residência (RETORNO)					
Itinerário	Municipal ou Intermunicipal	Empresa	Nº do Cartão (se houver)	Preço	QTD

São Sebastião, _____ de _____ de _____.

Assinatura do empregado

FSPSS RH - Dfin
PROTOCOLO
Nº: _____
Data: ____ / ____ / ____
Visto: _____