

CÓDIGO DO POSTO :

Nome do Posto :

PROCESSO SETRANS
Nº E-10 /

/

Identidade nº :

Órgão Emissor:

CPF nº :

Endereço :

Nº :

Complemento :

Bairro :

Município :

CEP :

Estado: RJ

Tel : ()

E-mail :

Solicita atualização de seu cadastro no Vale Social
 NOME - **ANEXAR:**
 () Certidão de Casamento
 () Certidão de Adoção
 () Nova Identidade

 ENDEREÇO - **ANEXAR:**
 () Comprovante de Residência

 Obs.: Caso não possua comprovante de residência, preencher
 declaração abaixo.

 TELEFONE - **ANEXAR:**
 () Conta telefônica

 CPF - **ANEXAR:**
 () Cópia do novo documento

Declaração de Residência

Declaro, para fins de comprovação junto a SETRANS e sob as penas da Lei, que resido no endereço acima informado, não possuindo comprovante de residência em meu nome.

Nestes termos, pede deferimento.

Em ____ de ____ de ____ .

Assinatura do Requerente ou Representante Legal

Assinatura e Carimbo (Posto de Cadastramento)

II - USO EXCLUSIVO DE SETRANS (CONFERÊNCIA E ANÁLISE ADMINISTRATIVA)

Recebido na SETRANS

Conferido por :

Alterado em :

Em ____ / ____ / ____

Em ____ / ____ / ____

Em ____ / ____ / ____

Código Penal
Certidão ou atestado Ideologicamente falso
Art. 301 - Atestar ou certificar falsamente, em razão de função pública, fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou serviço de caráter público, ou qualquer outra vantagem:

PENA - Detenção, de 02 (dois) meses à 01 (um) ano.

Falsidade material de atestado ou certidão
§ 1º Falsificar, no todo ou em parte, atestado ou certidão, ou alterar o teor de certidão ou de atestado verdadeiro, para provar de fato ou circunstância que habilite alguém a obter cargo público, isenção de ônus ou de serviços de caráter público, ou qualquer outra vantagem:

PENA - Detenção, de 03 (três) meses à 02 (dois) anos.

§ 2º Se o crime é praticado com fim de lucro, aplica-se, além da pena privativa de liberdade, a multa.

III - USO EXCLUSIVO DO POSTO DE CADASTRAMENTO (ENTREVISTA)

Transporte Utilizado: (1) Trem (2) Barca (3) Metrô (4) Ônibus Inter (5) Ônibus Intra

Exclusivo para Portadores de Doença Crônica. Indicar os deslocamentos necessários :

Origem _____ x _____ Destino Tipo : ()

Origem _____ x _____ Destino Tipo : ()

Origem _____ x _____ Destino Tipo : ()

Origem _____ x _____ Destino Tipo : ()

Nome do Requerente : _____

Em : ____ / ____ / ____

Local: _____