



**VALE TRANSPORTE
CANCELAMENTO SEM
TRANSFERÊNCIA**

**Prefeitura Municipal de Angra dos Reis
Superintendência de Gestão de Pessoas**

**CANCELAMENTO DE VALE TRANSPORTE
DEVOLUÇÃO SEM TRANSFERÊNCIA DE CREDITOS - PMAR**

Este espaço deverá ser preenchido por completo **sem rasura**.

MATRÍCULA:	<input type="text"/>	NOME:	<input type="text"/>
CARGO:	<input type="text"/>	VÍNCULO:	<input type="text"/>
TELEFONE:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CPF: <input type="text"/>
CARTÃO CANCELADO:	<input type="text"/>		

ATENÇÃO:

CIENTE QUE, AO RECEBER O CARTÃO DA PREFEITURA FOI COBRADO PELA EMPRESA CONVENIADA O VALOR DE 10 VEZES A PASSAGEM DA LINHA B, ASSIM SENDO, NO ATO DA DEVOLUÇÃO, O MESMO DEVERÁ ESTAR EM BOM ESTADO PARA REUTILIZAÇÃO.

CABE RESSALTAR QUE, EM CASO DE IDENTIFICARMOS MAL CONSERVAÇÃO SERÁ COBRADO DO REQUERENTE O VALOR PAGO PELA PREFEITURA EM SEU HOLERITE.

O cartão a ser cancelado, deverá ser deixado anexo a este documento, devidamente preenchido até o dia 15 para que no próximo mês não haja carregamento e desconto compulsório em seu pagamento.

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Funcionário

(SAD.SUGEP) PROTOCOLO DE ENTREGA – (VALE TRANSPORTE) CANCELAMENTO SEM TRANSFERÊNCIA:

Nº. DO CARTÃO CANCELADO: _____

(REQUERENTE) MATRÍCULA: _____ NOME: _____

RECEBIDO EM: ____/____/____ ASSINATURA: _____