



VALE TRANSPORTE ALTERAÇÕES

Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis - ANGRAPREV

Diretoria de Recursos Humanos

ALTERAÇÕES DE VALE TRANSPORTE – ANGRAPREV

Este espaço deverá ser preenchido por completo sem rasura.

NOME:	<input type="text"/>	MATRICULA:	<input type="text"/>
CARGO:	<input type="text"/>	VINCULO:	<input type="text"/>
CPF:	<input type="text"/>	TEL/CEL:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
CARTÃO:	<input type="text"/>	LINHA:	<input type="text"/>
		QUANTIDADE:	<input type="text"/>

No caso de quantia superior a 02 (dois) vales descrever o trajeto abaixo (sem a descrição a quantia não será autorizada):

ALTERAÇÃO:

PARA PREENCHIMENTO NO LOCAL DE TRABALHO:

UNIDADE ADMINISTRATIVA:	<input type="text"/>
TELEFONE/RAMAL:	<input type="text"/> <input type="text"/>
ENDEREÇO:	<input type="text"/> Nº: <input type="text"/>
BAIRRO:	<input type="text"/> CEP: <input type="text"/>

Declaro para os devidos fins de direito que o funcionário identificado, trabalha na Unidade Administrativa descrita acima, fazendo uso de Vales-transporte para seu deslocamento trabalho x residência e vice-versa, no período de:

Escala normal de trabalho (2ª a 6ª) no horário de à h ou

Escala de plantão

(Descrever dias de trabalho 2ª a 6ª e horários de entrada e saída)

e que o mesmo almoça em seu (sua): Trabalho ou Residência

Declaro ainda, que há veracidade nas informações prestadas por mim, me responsabilizando por qualquer ônus causado ao Município.

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura e Carimbo do Responsável
(Nível mínimo CC-4 ou FG-1 e Para as escolas diretores (as))

Assinatura do Requerente