

**VALE TRANSPORTE
CANCELAMENTO**

Instituto de Previdência Social do Município de Angra dos Reis - ANGRAPREV
Diretoria de Recursos Humanos

**CANCELAR E DEVOLVER CARTÃO – ANGRAPREV
CANCELAMENTO**

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"/>	CARTÃO CONVENCIONAL:	<input type="text"/>

ATENÇÃO:**APRESENTAÇÃO DO CARTÃO NO ATO DA DEVOLUÇÃO.
EM CASO DE TRANSFERÊNCIA DE CRÉDITOS ANEXAR E INFORMAR O CARTÃO CONVENCIONAL.**

CIENTE QUE, AO RECEBER O CARTÃO FOI COBRADO PELA EMPRESA CONVENIADA O VALOR DE 10 VEZES A PASSAGEM DA LINHA DE MAIOR VALOR, 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, SENDO DESCONTADO 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 Requerente

(Apenas poderá ser preenchido pelo RECURSOS HUMANOS):**VALORES FINANCEIROS E CARGA:**

SALARIO BASE	
DESCONTO 6%	
CARGA CHEIA NO MÊS	
SALDO DO CARTÃO NO DIA	

% DE DIREITO:

% DE DIREITO	%	VALOR	ABATER CARTÃO	VALOR FINAL
DO SERVIDOR (DESCONTO/CARGA)				
DA PMAR (100% - %DO SERVIDOR)			0,00	

OBS.: