



VALE TRANSPORTE PEDIDO

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

REQUERIMENTO PARA O RECEBIMENTO DE VALE TRANSPORTE – ANGRAPREV

Este espaço deverá ser preenchido por completo sem rasura.

NOME:	<input type="text"/>	MATRICULA:	<input type="text"/>
DATA DE NASCIMENTO:	<input type="text"/>	CPF:	<input type="text"/>
RG:	<input type="text"/>	TEL/CEL:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
LINHA:	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C	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):			
<input type="text"/>			
Estou ciente que, caso utilize 50% ou 100% do benefício refeição, apenas terei direito a 02 vales diários, exceto que o trajeto da residência x trabalho ou vice-versa exija uma quantidade superior de vales.			
ENDEREÇO:	<input type="text"/>	Nº:	<input type="text"/>
COMPLEMENTO:	<input type="text"/>		
BAIRRO:	<input type="text"/>	CEP:	<input type="text"/>

LEIA COM ATENÇÃO ANTES DE ASSINAR.

1. ENTREGA

1.1. O cartão eletrônico de Vale Transporte será entregue no período compreendido entre o dia 1º ao 7º dia útil a contar da data do pedido, no horário de 9:30h às 16:00h, sendo liberado apenas ao servidor, conforme art. 6º do Decreto.

2. DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

2.1 Anexar xerox do comprovante de residência, **em nome do REQUERENTE (água, luz ou telefone)**. Caso não possua, retire-la no link: <https://portaldoservidor.angra.rj.gov.br/> no menu nomeações ou admissão, que será preenchida e autenticada em cartório, conforme art. 5º, inciso I, do decreto de regulamentação.

Assino o presente declarando, para todos os fins de direito, que as informações por mim prestadas são verdadeiras, estando ciente do Decreto que regulamenta a concessão de vale transporte e me comprometendo a cumprir com todas as obrigações a qual sou responsável.

Angra dos Reis, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente



**VALE TRANSPORTE
PEDIDO**

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

**REQUERIMENTO PARA O RECEBIMENTO DE VALE TRANSPORTE – ANGRAPREV
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))

(RH) PREENCHER NO ATO DA ENTREGA DO CARTÃO AO SERVIDOR :

LIBERADO EM: ___/___/___ OBS : _____

RECEBIDO EM: ___/___/___ ASSINATURA : _____ Cartão: _____