



**VALE TRANSPORTE  
ALTERAÇÕES**

**SAAE**

**Recursos Humanos**

**ALTERAÇÕES DE VALE TRANSPORTE – SAAE**

Este espaço deverá ser preenchido por completo sem rasura.

<b>NOME:</b>	<input type="text"/>	<b>MATRICULA:</b>	<input type="text"/>
<b>CARGO:</b>	<input type="text"/>	<b>VINCULO:</b>	<input type="text"/>
<b>CPF:</b>	<input type="text"/>	<b>TEL/CEL:</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>CARTÃO:</b>	<input type="text"/>	<b>LINHA:</b>	<input type="text"/>
		<b>QUANTIDADE:</b>	<input type="text"/>
<b>No caso de quantia superior a 02 (dois) vales descrever o trajeto abaixo (sem a descrição a quantia não será autorizada):</b>			
<input type="text"/>			
<b>ALTERAÇÃO:</b>	<input type="text"/>		

PARA PREENCHIMENTO NO LOCAL DE TRABALHO:

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