|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DE SUSPENSÃO DE VALE TRANSPORTE |
|  |
| **Nome:**  | **Matrícula:**  |
| **Cargo:**  |
| **CPF:**  | **RG:**  | **Órgão Expedidor:**  |
| **Endereço:**  |
| **Cidade:**  | **Estado:**  | **CEP:**  |
| **Lotação:**  | **Telefone:**  |

|  |
| --- |
| Solicito, a partir do próximo mês, a suspensão dos créditos de vale transporte bem como do desconto em folha de pagamento. |
| **Observação:**1. O requerimento deverá ser entregue até o dia 15 de cada mês para a suspensão no mês subsequente ao do requerimento.
2. O cartão ficará de posse do funcionário que deverá guardá-lo para um futuro requerimento de Vales. O extravio acarretará no pagamento pela emissão da segunda via do mesmo.
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Local e Data | Assinatura |
| Campo Grande, */    /*  |  |

***Obs.:*** *Preencher o formulário digital*