|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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*