



PEDIDO ALTERAÇÃO DE VALE TRANSPORTE
PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

Funcionário(a):			
C.P.F.:	Data de Nascimento:	Matrícula:	
Endereço Residencial:		nº:	Comp:
Bairro:	Cidade:	UF:	Telefone:
Empresa: Associação Municipal de Assistência Social - AMAS			
Convênio de Trabalho:		Data de Admissão:	
Endereço do local de trabalho:		nº:	Compl:
Bairro:	Cidade:	UF:	Ramal:

DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO VALE TRANSPORTE

SENTIDO RESIDÊNCIA / TRABALHO			SENTIDO TRABALHO / RESIDÊNCIA		
Nº da linha	Tarifa R\$	EMPRESA	Nº da linha	Tarifa R\$	EMPRESA
		<input type="checkbox"/> BH BUS <input type="checkbox"/> ÓTIMO			<input type="checkbox"/> BH BUS <input type="checkbox"/> ÓTIMO
		<input type="checkbox"/> BH BUS <input type="checkbox"/> ÓTIMO			<input type="checkbox"/> BH BUS <input type="checkbox"/> ÓTIMO
		<input type="checkbox"/> BETIM CARD <input type="checkbox"/> VINSCOL			<input type="checkbox"/> BETIM CARD <input type="checkbox"/> VINSCOL
		<input type="checkbox"/> SETE LAGOANO			<input type="checkbox"/> SETE LAGOANO

Declaro para os devidos que a anteriormente usava (nº. De passagens) _____ e a partir da data atual passarei a utilizar (nº. De passagens) _____

Estou ciente de: Que a ALTERAÇÃO do Vale Transporte será feita somente a partir do 1º primeiro dia **ÚTIL** do **mês seguinte**; e que alteração do Vale Transporte será feita somente após a **FORMATAÇÃO** do cartão (em caso de cartão BHBUS); A carta de **FORMATAÇÃO** deverá ser solicitada pessoalmente na AMAS no Dep. de Vale Transporte (Av. Afonso Pena, 4.000, B. Cruzeiro / Belo Horizonte/MG).

OBSERVAÇÕES: * ESTE DOCUMENTO SÓ TERÁ VALIDADE MEDIANTE CÓPIA DO COMPROVANTE DE ENDEREÇO ANEXO. * É NECESSÁRIO O PREENCHIMENTO CORRETO DESTES FORMULÁRIO PARA QUE O PEDIDO DE VALE TRANSPORTE SEJA ACEITO. * A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE PASSAGEM SEM NECESSIDADE PODERÁ ACARREAR EM DEMISSÃO POR JUSTA CAUSA. * SÓ SERÁ POSSÍVEL A ALTERAÇÃO DO VALE TRANSPORTE PARA O PRÓXIMO MÊS SE ESTE FORMULÁRIO ENTREGUE ATÉ O DIA 12 (DOZE) DO MÊS ATUAL. * NÃO ACEITAMOS RASURAS.	VISTO E CARIMBO DA GERÊNCIA
--	------------------------------------

Local/Data:	Assinatura por extenso:
-------------	-------------------------

PROTOCOLO DE ENTREGA

 Protocolo de Solicitação de Alteração de Vale Transporte.	Carimbo e Assinatura
---	----------------------