



PEDIDO DE UTILIZAÇÃO 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 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"/> DUTRO			<input type="checkbox"/> BH BUS <input type="checkbox"/> ÓTIMO <input type="checkbox"/> DUTRO
		<input type="checkbox"/> BH BUS <input type="checkbox"/> ÓTIMO <input type="checkbox"/> DUTRO			<input type="checkbox"/> BH BUS <input type="checkbox"/> ÓTIMO <input type="checkbox"/> DUTRO
		<input type="checkbox"/> BETIM CARD <input type="checkbox"/> INSCOL			<input type="checkbox"/> BETIM CARD <input type="checkbox"/> INSCOL
		<input type="checkbox"/> SETE LAGOANO			<input type="checkbox"/> SETE LAGOANO

Em caso de ser outra empresa fornecedora do VT favor especificar o nome da mesma: _____

Utilizando transporte coletivo, diariamente, tenho que pegar _____ unidades de tarifa, conforme discriminado acima.
Comprometo-me a informar ao setor de pessoal qualquer mudança de endereço.

Autorizo o desconto de até 6% (seis por cento) do meu salário base, ou o valor total do Vale Transporte; o que for menor; referente à minha participação como beneficiário do Programa Vale Transporte, residência/trabalho e vice-versa. Estou também ciente que em caso de inverdade das informações por mim dadas estou sujeitando-me às penalidades previstas em Lei.

PEDIDO DE NÃO INCLUSÃO

Não me interessa ser beneficiário do Programa Vale Transporte por:

Não utilizar transporte público

Receber benefício superior ao Vale Transporte.

Outro motivo: (especificar)

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.

* NÃO PODE HAVER RASURAS.

VISTO E CARIMBO DA GERÊNCIA

Local/Data:	Assinatura:
-------------	-------------

PROTOCOLO DE ENTREGA

 AMAS ASSOCIAÇÃO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	Carimbo e Assinatura
É necessário apresentar este PROTOCOLO e IDENTIDADE para retirar o CARTÃO. DATA PREVISTA PARA ENTREGA: ____ / ____ / ____.	