



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO E DESBUROCRATIZAÇÃO – SAD

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DO VALE-TRANSPORTE

1. NOME REQUERENTE:		2. MATRÍCULA:	
3. N° CPF:	4. RG (N° E ÓRGÃO EMISSOR):	5. FONE (COMERCIAL/CELULAR):	
6. ÓRGÃO DE EXERCÍCIO:	7. UNIDADE DE EXERCÍCIO:		
8. ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO FORNECIMENTO DO BENEFÍCIO:			

9. REQUERIMENTO:

VENHO REQUERER O CANCELAMENTO DO BENEFÍCIO DO VALE-TRANSPORTE.

_____, ____/____/____

ASSINATURA DO REQUERENTE

10. RESERVADO AO RH DO ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO:

RECEBIDO EM,

CANCELAMENTO REALIZADO EM,

____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO

____/____/____

SSINATURA E CARIMBO

11. OBSERVAÇÃO:

ESTE FORMULÁRIO APÓS SER PREENCHIDO CORRETAMENTE E ASSINADO PELO SERVIDOR, DEVERÁ SER ENTREGUE NO SETOR DE RECURSOS HUMANOS (RH) OU SETOR ESPECÍFICO DO ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO.