



**GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL**  
SECRETARIA DE ESTADO DE ADMINISTRAÇÃO – 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,  ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO	CANCELAMENTO REALIZADO EM,  ____/____/____ SSINATURA E CARIMBO
--	---

11. **OBSERVAÇÃO:**

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