



SOLICITAÇÃO DE 2ª VIA DO CARTÃO TEU

1 – DADOS PESSOAIS

Nome do Funcionário: _____

CPF: _____ Matrícula: _____

Cargo: _____

Unidade de Saúde: _____

Gerência Distrital: _____

OPÇÃO DESEJADA:

() TEU - CARTÃO DE VALE-TRANSPORTE.

Autorizo o desconto de R\$ 24,50 (vinte e quatro reais com cinquenta centavos) em folha de pagamento de meus vencimentos, sendo este valor destinado a cobrir o fornecimento da 2ª via do cartão TEU.

MOTIVO:

() Perda

() Furto

() Danificação

Porto Alegre, ____ de _____ de 20 ____.

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO