



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS
COORDENADORIA SETORIAL DE BENEFÍCIOS SOCIAIS

DATA DA SOLICITAÇÃO:

TERMO DE OPÇÃO DO VALE ALIMENTAÇÃO / REFEIÇÃO

NOME:

MATRÍCULA:

TELEFONE PARA CONTATO:

ASSINALE A OPÇÃO:

ALIMENTAÇÃO

REFEIÇÃO

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A):

OBSERVAÇÃO:

1. Após efetuar a opção, somente poderá fazê-lo novamente após 6 meses;
2. O cartão antigo será cancelado após 90 dias sem uso;
3. Caso o(a) servidor(a), após o prazo de 6 meses, queira voltar à opção anterior, deverá saber que:
 - a - Se o cartão anterior não estiver cancelado, o valor do benefício será depositado neste cartão;
 - b - Se o cartão anterior já estiver cancelado, haverá a emissão de um novo cartão.