



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

SOLICITAÇÃO 2ª VIA VISA VALE

NOME:

DATA DA SOLICITAÇÃO: | ÓRGÃO DO SOLICITANTE: | MATRÍCULA: | C.C.:

DATA NASCIMENTO: | C.P.F.: | TELEFONE PARA CONTATO:

MOTIVO: | CÓDIGO BLOQUEIO PARA PERDA OU ROUBO:

SOLICITO: | USO EXCLUSIVO DA COORDENADORIA SETORIAL DE BENEFÍCIOS SOCIAIS:

NOVA SENHA

NOVO CARTÃO VISA VALE

Ciente de que a confecção da 2ªvia do cartão Visa Vale terá um custo, que será debitado em folha de pagamento.

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A):

PROTOCOLO INTERNO:

DATA: