



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

## SOLICITAÇÃO 2ª VIA CARTÃO ALIMENTAÇÃO / REFEIÇÃO

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:

NOVO CARTÃO ALIMENTAÇÃO

NOVO CARTÃO REFEIÇÃO

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

ASSINATURA DO(A) SERVIDOR(A):

USO EXCLUSIVO DA  
COORDENADORIA SETORIAL DE BENEFÍCIOS  
SOCIAIS:

PROTOCOLO INTERNO:

DATA: