**SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO DESPESAS TRANSPORTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOME |  | | |
| CPF |  | MATRICULA/ID |  |
| CIDADE |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **nomes acompanhantes** | **cIDADE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**EVENTO:** ENCONTRO ESTADUAL DOS APOSENTADOS.

**DATA E HORÁRIO:** 04 DE ABRIL DE 2025, ÀS 10 HORAS**.**

**LOCAL:** GALPÃO CRIOULO DA OAB/RS, SITUADO NA RUA AURELIANO DE FIGUEIREDO PINTO, Nº 620, BAIRRO CIDADE BAIXA, EM PORTO ALEGRE – RS.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATA** | **DESCRIÇÃO NOTA/RECIBO/PASSAGEM** | **Nº DOCUMENTO** | **VALOR** |
|  |  |  | R$ |
|  |  |  | R$ |
|  |  |  | R$ |
|  |  |  | R$ |
|  |  |  | R$ |
|  |  |  | R$ |
|  |  |  | R$ |
| **TOTAL** |  | | R$ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| QUILOMETRAGEM |  | CIDADE ORIGEM |  |

**DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
| CHaVE PIX |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| BANCO |  | CÓDIGO BANCO |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| AGÊNCIA |  | Nº CONTA |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA ASSOCIADO(A) solicitante.**

**OBSERVAÇÕES: As notas fiscais, recibos ou passagens de ônibus devem ser encaminhados com esta solicitação. Nos casos de caravanas, o ressarcimento será feito diretamente para a empresa contratada que providenciará na documentação necessária. Se o deslocamento ocorrer em carro particular (com um mínimo de três associados por veículo), o ressarcimento será efetuado para o associado proprietário do automóvel que enviar a solicitação, devendo mencionar o nome dos demais associados acompanhantes. Enviar para o e-mail** [**tesouraria@abojeris.com.br**](mailto:tesouraria@abojeris.com.br)