

**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\$
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