

FICHA DE RESSACIMENTO

Eu, _____,
usuário do cartão nº. _____,
solicito o ressarcimento do benefício à gratuidade das passagens de ônibus no
Sistema de Transporte Público de Passageiros no município de Florianópolis,
regulamentado pelo Decreto nº 27.155 de 31 de outubro de 2024.

COMPROVANTE DE REALIZAÇÃO DA PROVA:

--

**Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a
inteira responsabilidade por sua veracidade.**

Data: ____/____/____	(*) Assinatura:
----------------------	-----------------

(*) Assinatura conforme documento de identidade.