

<b>RENAULT CACIA, S.A.</b>	<b>GUIA PARA PREPARAÇÃO DA QUITAÇÃO</b>
----------------------------	---

NOME \_\_\_\_\_ Nº EMP. \_\_\_\_\_  
 DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_ Código Centro de Custo \_\_\_\_\_  
 ÚLTIMO DIA DE TRABALHO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Quando se verificar a falta de equipamento, materiais, ferramentas à responsabilidade do empregado, bem como importâncias por regularizar, o Director de Serviço respectivo deverá descreve-las, indicando as quantidades e valores, a fim de permitir a sua regularização aquando da quitação.

<b>1- DEPARTº / SERVIÇO A QUE ESTÁ AFECTO ORGANICAMENTE</b> <input type="checkbox"/> Valores em falta ou a regularizar _____ _____ <input type="checkbox"/> Situação regularizada Ass. Responsável _____ Data ____/____/____	<b>2- ARMAZÉM / FERRAMENTARIA</b> <input type="checkbox"/> Bens materiais ou valores em falta _____ _____ <input type="checkbox"/> Situação regularizada Ass. Responsável _____ Data ____/____/____
--	---

<b>3- DEPARTAMENTO GESTÃO / CONTABILIDADE</b> <input type="checkbox"/> Valores em falta ou a regularizar _____ _____ <input type="checkbox"/> Situação regularizada Ass. Responsável _____ Data ____/____/____	<b>4- C.C.D. / CLUBE CULTURAL e DESPORTIVO</b> <input type="checkbox"/> Bens materiais ou valores em falta _____ _____ <input type="checkbox"/> Situação regularizada Ass. Responsável _____ Data ____/____/____
--	--

<b>5- POSTO MÉDICO / MEDICINA TRABALHO</b> <input type="checkbox"/> Valores em falta ou a regularizar _____ _____ <input type="checkbox"/> Situação regularizada Ass. Responsável _____ Data ____/____/____	<b>6- DEPARTAMENTO INFORMÁTICA</b> <input type="checkbox"/> Bens materiais ou valores em falta _____ _____ <input type="checkbox"/> Situação regularizada Ass. Responsável _____ Data ____/____/____
---	--

7- DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS / SERVIÇO GAP (GESTÃO ADMINISTRATIVA DE PESSOAL)																																																																									
<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">SITUAÇÃO SIM</th> <th style="width: 10%;">SITUAÇÃO NÃO</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> <tr> <td>☞ Viatura de Serviço</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Ass. Responsável _____ Data ____/____/____</td> </tr> <tr> <td>☞ Galp Frota</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td>☞ Via Verde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Ass. Responsável _____ Data ____/____/____</td> </tr> <tr> <td>☞ Pontos ICP</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td>☞ Registo formação frequentada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Ass. Responsável _____ Data ____/____/____</td> </tr> </table>		SITUAÇÃO SIM	SITUAÇÃO NÃO		☞ Viatura de Serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	Ass. Responsável _____ Data ____/____/____				☞ Galp Frota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	☞ Via Verde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	Ass. Responsável _____ Data ____/____/____				☞ Pontos ICP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	☞ Registo formação frequentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	Ass. Responsável _____ Data ____/____/____				<table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%;">SITUAÇÃO SIM</th> <th style="width: 10%;">SITUAÇÃO NÃO</th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> <tr> <td>☞ Cartão Empregado</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td>☞ Chave Armário Vestiário / Cacifo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nº _____</td> </tr> <tr> <td>☞ Cartões Médicos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nº elementos agregado familiar = ____</td> </tr> <tr> <td>☞ Subsídio Doença / Sinistro</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td>☞ Adiantamentos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td>☞ Adiantº Apoio Saúde</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td>☞ .....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____ €</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Ass. Responsável _____ Data ____/____/____</td> </tr> </table>		SITUAÇÃO SIM	SITUAÇÃO NÃO		☞ Cartão Empregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	☞ Chave Armário Vestiário / Cacifo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº _____	☞ Cartões Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº elementos agregado familiar = ____	☞ Subsídio Doença / Sinistro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	☞ Adiantamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	☞ Adiantº Apoio Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	☞ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €	Ass. Responsável _____ Data ____/____/____			
	SITUAÇÃO SIM	SITUAÇÃO NÃO																																																																							
☞ Viatura de Serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
Ass. Responsável _____ Data ____/____/____																																																																									
☞ Galp Frota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
☞ Via Verde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
Ass. Responsável _____ Data ____/____/____																																																																									
☞ Pontos ICP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
☞ Registo formação frequentada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
Ass. Responsável _____ Data ____/____/____																																																																									
	SITUAÇÃO SIM	SITUAÇÃO NÃO																																																																							
☞ Cartão Empregado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
☞ Chave Armário Vestiário / Cacifo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº _____																																																																						
☞ Cartões Médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nº elementos agregado familiar = ____																																																																						
☞ Subsídio Doença / Sinistro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
☞ Adiantamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
☞ Adiantº Apoio Saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
☞ .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ €																																																																						
Ass. Responsável _____ Data ____/____/____																																																																									

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_