

Termo de Opção do Auxílio Alimentação

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) SERVIDOR(A):

Nome Civil:

Nome Social (Portaria MP/GM nº 233, de 18/05/2010, PNDH):

Telefone:

CPF:

Data do Efetivo Exercício:

Jornada de Trabalho:

☐ 20h ☐ 25h ☐ 30h ☐ 40h ☐ D.E

Email:

Cargo:

2. SOLICITAÇÃO:

- ☐ - Solicito a inclusão do benefício Auxílio Alimentação a partir da data de efetivo exercício.
- ☐ - Não desejo a inclusão do benefício Auxílio alimentação, pois já recebo em outro órgão público.

3. DECLARAÇÃO:

- ☐ - Declaro que **não exerço outro cargo, emprego ou função pública em quaisquer esferas de Governo da Federação** (Federal, Estadual ou Municipal), quer na Administração Direta ou Autárquica;
- ☐ - Declaro estar ciente da **proibição de recebimento do benefício Auxílio Alimentação, na hipótese de já receber o mesmo benefício ou outro de mesma natureza na instituição de origem** (para casos de redistribuição, cessão, requisição ou alteração de exercício para composição da força de trabalho);
- ☐ - Declaro estar ciente da **impossibilidade de acumulação de benefícios Auxílio Alimentação ou outros de mesma natureza** em outro órgão da Administração Pública Direta e/ou Indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- ☐ - Declaro, sob a minha inteira responsabilidade, serem exatas e verdadeiras as informações aqui prestadas, sem prejuízo da apuração de responsabilidades administrativa, civil e penal, e que **atualizarei as informações sempre que a situação se modificar**.

DATA:

Assinatura do(a) Servidor(a)