



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS**  
**SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS**  
**COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**  
**DIVISÃO DE ADMISSÃO E CONTRATAÇÃO**

Av. Amazonas, 5253 – Bairro Nova Suíça – Belo Horizonte – MG  
FONE: (31) 3319-7051

## **TERMO DE OPÇÃO - AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**

NOME:	
CARGO:	LOTAÇÃO:

Desejo receber o auxílio alimentação por **não** perceber idêntico benefício em outro órgão público, estando ciente de que a inveracidade das informações prestadas constituem falta grave, passível de punição nos termos da lei específica, inclusive com a suspensão do benefício.

Autorizo, a partir da **data do início do meu efetivo exercício**, a inclusão em folha, do referido benefício.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local Data

---

Obs: Não é necessário imprimir e assinar este documento, basta salvar uma cópia dele preenchido e enviar à Divisão de Admissão e Contratação para posterior assinatura eletrônica do mesmo.