



TERMO DE OPÇÃO – AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Nome:

Cargo/Função/Emprego:

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 inclusão do benefício a partir da data do meu exercício.

Solicito a suspensão do benefício a partir de ____ / ____ / 20____.

Solicito o restabelecimento do benefício a partir de ____ / ____ / 20____.

Local: _____, Data: ____ / ____ / 20____.

Assinatura eletrônica: _____.