



### TERMO DE OPÇÃO PELO AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

Nome do servidor:	N.º de Ponto:
Órgão de origem:	

Declaro estar ciente de que:

- O auxílio alimentação é inacumulável com outros de espécie semelhante, tais como auxílio para cesta básica ou vantagem pessoal originária de qualquer forma de auxílio ou benefício alimentação (parágrafo 5º da Lei n.º 8.640/1992, com redação dada pela Lei n.º 9.527/1997, combinado com o artigo 28 da Resolução n.º 21/1992 e *caput* do artigo 2º do Ato da Mesa n.º 49/1996).
- A inveracidade das informações prestadas constitui falta grave, passível de sanção penal e administrativa, além de acarretar a suspensão do benefício e o ressarcimento dos valores porventura percebidos indevidamente.

- Opto por receber o auxílio alimentação no meu órgão de origem.
- Opto por receber o auxílio alimentação na Câmara dos Deputados \***ANEXAR PRINT DE TELA**

#### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO SETOR DE PAGAMENTO DO ÓRGÃO CEDENTE

Declaro estar ciente:

- Da opção feita pelo servidor pelo recebimento do auxílio alimentação;
- Que, no caso de o servidor optar pelo recebimento do benefício na Câmara dos Deputados, o Setor de Pagamento do órgão cedente deve \***ANEXAR** comprovante (**PRINT DE TELA**) do lançamento da informação no sistema, que mostre a data em que o pagamento do auxílio alimentação foi suspenso na origem.

\_\_\_\_\_  
Responsável do Setor de Pagamento do órgão de origem (carimbo do órgão)

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do servidor

#### Para uso da COSEC/SEMOR

DIGITADO NO SIGESP	Conferido
Em, __/__/____ Por _____	Por _____