



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**  
Departamento de Administração  
Coordenação de Administração de Edifícios

**OPÇÃO, SUSPENSÃO OU RESTABELECIMENTO DO TICKET**

1. NOME DO BENEFICIÁRIO		2. Nº DE PONTO	
3. ENDEREÇO RESIDENCIAL		4. BAIRRO	5. CEP
6. ÓRGÃO DE LOTAÇÃO	7. SEÇÃO	8. TELEFONE/RAMAL	
9. EDIFÍCIO			
( ) PRINCIPAL      ( ) ANEXO I      ( ) ANEXO II      ( ) ANEXO III			
( ) ANEXO IV      ( ) OUTROS			

**10. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

1. DESEJO RECEBER O TÍQUETE ( ) REFEIÇÃO/( ) ALIMENTAÇÃO POR NÃO PERCEBER IDÊNTICO BENEFÍCIO EM OUTRO ÓRGÃO PÚBLICO, COMPROMETENDO-ME A UTILIZÁ-LO CONFORME ESTABELECE O ATO DA MESA Nº 56-A, DE 1992, E DEMAIS NORMAS REGULAMENTARES, ESTANDO CIENTE DE QUE O USO INDEVIDO DO MESMO E A INVERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS CONSTITUEM FALTA GRAVE, PASSÍVEL DE PUNIÇÃO NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, INCLUSIVE COM A SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO.
2. COMPROMETO-ME A ATUALIZAR MEUS DADOS CADASTRAIS SEMPRE QUE OCORREREM ALTERAÇÕES.
3. AUTORIZO A CÂMARA DOS DEPUTADOS, NO USUFRUTO DO BENEFÍCIO DO AUXÍLIO REFEIÇÃO/ALIMENTAÇÃO, A PROCEDER AO DEVIDO DESCONTO MENSAL EM FOLHA DE PAGAMENTO DO PERCENTUAL DE 1%, A TÍTULO DE CUSTEIO DO BENEFÍCIO, DO MEU VENCIMENTO, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA.

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

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**SOLICITO A SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO.**

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

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**SOLICITO O RESTABELECIMENTO DO TÍQUETE ( ) REFEIÇÃO/( ) ALIMENTAÇÃO**

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

De acordo : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

OCORRÊNCIAS: