



CENTRO FEDERAL DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS
DIVISÃO DE ADMISSÃO E CONTRATAÇÃO



TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

Nome (01)	
Cargo (02)	Lotação (02)

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

Data: \ \

SOLICITO A SUSPENSÃO DO BENEFÍCIO

Data: \ \

SOLICITO O RESTABELECIMENTO DO BENEFÍCIO

Data: \ \