MINISTÉRIO DA FAZENDA
Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Administração
Coordenação-Geral de Recursos Humanos

CONCESSÃO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

DADOS DO SERVIDOR

Nome:

Cargo: | **Classe:** | **Padrão:**

Lotação: | **Exercício:** | **Telefone do Trabalho:**

Matrícula SIAPEcad: | **Matrícula SIAPE:**

INCLUIR ☐ **CANCELAR** ☐ **SUSPENDER** ☐ **RESTABELECER** ☐

REQUERIMENTO

Desejo receber o Auxílio-Alimentação em folha de pagamento.
Tenho ciência de que a inveracidade das informações prestadas acima, constituem falta passível de punição nos termos da lei específica, inclusive a suspensão do benefício.

Nestes Termos,
Pede Deferimento.

_____ **Local/Data**

_____ **Assinatura do Servidor**

Carimbo, Data e Assinatura do Chefe de Apoio.

CONCESSÃO
Lançado na folha de pagamento a partir de _____/ _____ / _____

Carimbo, Data e Assinatura do Responsável pela Inclusão em Folha.