

TERMO DE OPÇÃO AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO**Identificação**

Nome:		CPF:
Matrícula:	Cargo/Função:	
Órgão de Origem:		

Situação

<input type="checkbox"/> Cessão com ônus total ou parcial para a EBSERH	<input type="checkbox"/> Provimento de cargo efetivo
<input type="checkbox"/> Acumulação lícita de cargos	<input type="checkbox"/> Lotação Provisória
<input type="checkbox"/> Acumulação lícita de cargos – duplo vínculo EBSERH	

TERMO DE OPÇÃO

Em consonância com o disposto na Orientação Normativa nº 5, de 9 de agosto de 2005, bem como no Plano de Benefícios da EBSERH,

Opto por receber o Auxílio Alimentação da EBSERH

Não opto por perceber o Auxílio-Alimentação da EBSERH

Opto por receber o auxílio-alimentação da EBSERH referente ao cargo _____/HU-
_____/EBSERH (opção válida somente em caso de duplo vínculo EBSERH)

Nome do Órgão de Acumulação, Cessionário ou de Lotação Provisória:

Declaro que não acumulo o benefício com outros de espécie semelhante.
Estou ciente que declarar falsamente é crime previsto na Lei Penal e que por ele responderei, independente das sanções administrativas, caso se comprove a inveracidade do declarado neste documento.

Aracaju- SE, ____ de _____ de _____

Assinatura do Declarante

Observação

No caso da opção pelo recebimento do benefício pela EBSERH, é responsabilidade do empregado comunicar a opção ao órgão de origem do empregado e anexar Declaração do outro Órgão, atestando a exclusão ou do Auxílio-Alimentação ou benefício semelhante.

Situação

<input type="checkbox"/> Comandado no SIAPE a exclusão do benefício, caso a opção seja pelo outro Órgão
<input type="checkbox"/> Arquivado a opção na pasta funcional

Data ____/____/____

Assinatura do Responsável (com carimbo)