

**ALIMENTAÇÃO  
REFEIÇÃO****Prefeitura Municipal de Angra dos Reis  
Superintendência de Gestão de Pessoas****ADESÃO/ALTERAÇÃO DE BENEFÍCIO - ALIMENTAÇÃO/REFEIÇÃO – PMAR**

"Este espaço deverá ser preenchido por completo, **sem rasura**."

**MATRICULA: 8871****NOME: LANA CAROLINE COLOMBO****CARGO: MÉDICO (A) CONTRATADO****CPF: 021.152.862-51****MARQUE AS OPÇÕES ABAIXO:**☐ Pedido☐ Pedido de Alteração

ALIMENTAÇÃO 100%	<input type="radio"/>
REFEIÇÃO 100%	<input type="radio"/>
ALIMENTAÇÃO/REFEIÇÃO – 50% DE CADA	<input type="radio"/>

**TERMO DE COMPROMISSO**

Venho solicitar a adesão ao benefício de alimentação/refeição, com base no Decreto 8.360 de 12/06/2012, publicado no BO 385 de 22/06/2012 e alterado pelos Decretos 8.451 de 09/08/2012, publicado no BO 394 de 17/08/2012 e 9.423 de 18/08/2014, publicado no BO 517 de 29/08/2014.

Responsabilizo-me, perante a Administração Pública direta e indireta, que não acumularei de forma indevida este benefício, respeitando os Decretos em vigor, abaixo exposto, sob pena de responder civilmente pelo prejuízo causado aos Cofres Públicos, devendo proceder, caso necessário, com restituições na forma da Lei 412/95.

Artigo 7º do Decreto 8.360: O servidor que acumule 02 (dois) cargos públicos municipais, na forma autorizada pela Constituição da República, fará jus a percepção de um único Vale refeição/Alimentação.

Cabe ressaltar que, caso venha a optar pelo recebimento deste benefício em outra entidade, solicitarei por escrito a suspensão do atual benefício à Superintendência de Gestão de Pessoas para que não haja acúmulo indevido. Informo ainda que, em caso de recebimento de créditos indevidos estou ciente que terei os valores descontados em folha de pagamento ou estornados diretamente em meu cartão.

**Assino o presente declarando, para todos os fins de direito, que as informações acima são verdadeiras, estando ciente das instruções.**

Angra dos Reis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Funcionário(a)

-----  
O cartão deverá ser retirado após 10 (dez) dias úteis do envio da solicitação à empresa que ocorrerá após o pagamento em folha normal:

Endereço: Praça Nilo Peçanha, nº 140 – Sala 205 – Centro – Angra dos Reis - Telefone: (024) 3365 4040

**(SAD.SUGEP) PROTOCOLO DE ENTREGA – DECLARAÇÃO DE NÃO RECEBIMENTO AUXÍLIO FEDERAL:**

**(REQUERENTE) MATRICULA:** \_\_\_\_\_ **NOME:** \_\_\_\_\_

**RECEBIDO EM:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **ASSINATURA:** \_\_\_\_\_