



Ministério dos Transportes, Portos e Aviação Civil
Secretaria Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas
Coordenação de Administração de Pessoal Ativo
Divisão de Benefícios

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE AUXÍLIO-ALIMENTAÇÃO

1 - DADOS DO(A) TITULAR

1 - Nome		2 - Matrícula SIAPE	
3 - Situação funcional <input type="checkbox"/> Ativo Permanente <input type="checkbox"/> Ativo Permanente cedido p/ outro Órgão <input type="checkbox"/> Decisão Judicial <input type="checkbox"/> Nomeado p/ cargo comissionado <input type="checkbox"/> Requisitado - Órgão de origem <input type="checkbox"/> Dec. judicial - Cedido p/ outro Órgão			
4 - Órgão e Setor (Lotação)		5 - Telefone (Lotação)	6 - Ramal (Lotação)
7 - Endereço (Lotação)			
8 - Bairro (Lotação)	9 - Cidade (Lotação)	10 - UF (Lotação)	11 - CEP (Lotação)
12 - Endereço eletrônico (E-mail funcional)			
13 - Data de nascimento	14 - CPF	15 - Identidade	16 - Órgão emissor/UF
17 - Telefone (Residencial)	18 - Telefone celular	19 - Outros	

2 - OPÇÃO

Concessão Cancelamento Restabelecimento Suspensão Não optante

3 - SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO

Pelo presente, venho requerer o Auxílio Alimentação, na forma da lei, declarando não perceber, por meu intermédio, benefício idêntico em outro Órgão da Administração Pública Direta e/ou Indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal ou de Município.
Decreto Lei n. 3.887, de 16 de agosto de 2001.
Lei n. 9.527, de 10 de dezembro de 1997.
Art. 299, parágrafo único do Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal Brasileiro).

20 - Local e data	21 - Assinatura do titular
-------------------	----------------------------

4 - PARA USO EXCLUSIVO DA DIVISÃO DE BENEFÍCIOS - DIBEN

22 - Documentação <input type="checkbox"/> Declaração do órgão em exercício no caso de servidor CEDIDO; <input type="checkbox"/> Declaração do órgão de origem no caso de servidor REQUISITADO.

5 - PREENCHIDO E CONFERIDO CONFORME AS INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS APRESENTADOS

23 - Data de Inclusão	24 - Assinatura e carimbo do responsável
-----------------------	------------------------------------------

25 - Assinatura e carimbo do Chefe da Divisão de Benefícios
