



DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO DE PESSOAS E SAÚDE OCUPACIONAL

FORMULÁRIO DE OPÇÃO DO BENEFÍCIO DE VALE-ALIMENTAÇÃO OU VALE-REFEIÇÃO

NOME DO SERVIDOR(A):	MASP:
-----------------------------	--------------

LOTAÇÃO:

Nos termos previstos no art. 4º da Deliberação nº 036/2011, do Conselho Superior desta Defensoria Pública, manifesto a minha **OPÇÃO** pelo recebimento do benefício de:

Vale-alimentação: benefício para aquisição de gêneros alimentícios em estabelecimentos como supermercados, hipermercados, mercearias, entre outros locais de similar natureza.

OU

Vale-refeição: benefício para aquisição de refeições prontas em estabelecimentos como restaurantes, lanchonetes, entre outros locais de similar natureza.

Observações: O servidor deverá optar por apenas um dos benefícios.

Será permitida a mudança da modalidade escolhida desde que seja obedecido um prazo de 90 dias entre uma opção e outra.

_____, aos _____ de _____ de _____ .
(CIDADE) (DIA) (MÊS) (ANO)

(ASSINATURA)