



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO AMAZONAS
SECRETARIA DE GESTÃO DE PESSOAS

**TERMO DE OPÇÃO DE RECEBIMENTO DO AUXÍLIO
ALIMENTAÇÃO E SAÚDE**
(Resolução TJAM n.º 07/2024)

Nome: _____

Órgão de origem: _____

DECLARO estar ciente de que:

a) O **auxílio alimentação é inacumulável** com outros de espécie semelhante, tais como auxílio para cesta básica **ou vantagem pessoal originária de qualquer forma de auxílio ou benefício** alimentação (parágrafo 5º da Lei n.º 8.460/1992, com redação dada pela Lei n.º 9.527/1997.

b) A inveracidade das informações prestadas constitui falta grave, passível de sanção penal e administrativa, além de acarretar a suspensão do benefício e o ressarcimento dos valores porventura percebidos indevidamente.

Opto por receber o auxílio alimentação no meu órgão de origem;

Opto por receber o auxílio alimentação pelo Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas.

Opto por receber o auxílio saúde no meu órgão de origem;

Opto por receber o auxílio saúde pelo Tribunal de Justiça do Estado do Amazonas.

_____, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do declarante