



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO AMAPÁ

**PORTARIA CRMV-AP N°. 018/2022**

Reajusta o valor do pagamento de auxílio-alimentação aos empregados do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Amapá.

**A Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Amapá-CRMV/AP**, no uso de suas atribuições legais e regimentais que lhe confere as alíneas “a”, “i”, “m” e “t” do artigo 11 do seu Regimento Interno, baixado pela Resolução nº 591, de 26 de junho de 1992, do Conselho Federal de Medicina Veterinária (CFMV),

Considerando o compromisso assumido pelo CRMV-AP na 3ª Sessão Plenária Ordinária do Exercício 2022 ocorrida no dia 27 de maio de 2022;

**RESOLVE:**

Art. 1º Alterar a portaria nº017/2022 e reajustar “Ad Referendum” o valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por mês para R\$ 500,00 (quinhentos reais) que fará jus ao auxílio alimentação.

Art. 2º Esta Portaria entra em vigor em 06 de junho de 2022.

Macapá-AP, 06 de junho de 2022.

Rackel Barroso  
CRMV-AP nº 072  
Presidente





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DO AMAPÁ

**ANEXO I DA PORTARIA Nº 018, DE 6 DE JUNHO DE 2022**  
**DECLARAÇÃO PARA RECEBIMENTO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO**

<b>DADOS PESSOAIS</b>	
<b>NOME:</b>	
<b>CARGO:</b>	
<b>MATRÍCULA:</b>	
<b>DATA ADMISSÃO:</b>	
<b>CONDIÇÕES</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• O pagamento do auxílio-alimentação será realizado em caráter excepcional e temporário, em pecúnia no valor de R\$ 500,00 (Quinhentos reais) por mês.</li><li>• O pagamento de auxílio-alimentação em pecúnia perdurará pelo tempo que se fizer necessário para a contratação, mediante licitação, de pessoa jurídica especializada na administração, gerenciamento, emissão, distribuição e fornecimento de vale alimentação, via cartão magnético e/ou cartão eletrônico, aos empregados do CRMV-AP.</li><li>• Mediante contrapartida será descontado mensalmente, o valor de R\$ 10,00 (dez) reais, a ser realizado em folha de pagamento.</li><li>• O eventual benefício recebido indevidamente será restituído no mês subsequente e de uma única vez.</li></ul>	
<b>TERMO DE CONCORDÂNCIA</b>	
<input type="checkbox"/>	Pelo presente termo, declaro que estou ciente das condições acima estabelecidas e concordo em receber o auxílio-alimentação. Declaro ainda não receber idêntico benefício em outro órgão Público, inclusive in natura, comprometendo-me a comunicar qualquer alteração posterior.
<input type="checkbox"/>	Declaro que não desejo receber o auxílio-alimentação
Estou ciente de que a não veracidade das informações prestadas constitui FALTA GRAVE, passível de punição, de acordo com a legislação específica, inclusive com a suspensão/devolução do benefício.	
<b>DATA:</b>	<b>ASSINATURA DO EMPREGADO:</b>

