

PORTARIA INTERMINISTERIAL MTB/MF/MS Nº 3, DE 11 DE NOVEMBRO DE 1998
(Publicada no DOU nº 238, de 11/12/98 – Seção 1 – Pag. 320/321)

OS MINISTROS DE ESTADO DO TRABALHO, DA FAZENDA E DA SAÚDE, no uso da competência que lhes confere o § 4º do art. 1º do Decreto nº 5, de 14 de janeiro de 1991, resolvem:

Art. 1º A Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho é o Órgão Gestor do Programa de Alimentação do Trabalhador - PAT.

Art. 2º Aprovar o formulário oficial de adesão ao PAT anexo a esta Portaria.

§ 1º A adesão ao PAT consistirá na apresentação do formulário oficial instruído com os seguintes elementos:

- a) identificação da empresa beneficiária;
- b) número de refeições maiores e menores no ano anterior ;
- c) modalidades de serviços de alimentação e percentuais correspondentes (próprio, fornecedor, convênio e cesta de alimentos);
- d) número de trabalhadores contratados no ano anterior ;
- e) número de trabalhadores beneficiados no ano anterior e no ano vigente, por faixas salariais;
- f) termo de responsabilidade e assinatura do responsável pela empresa.

§ 2º O formulário deverá ser adquirido nas agências da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos - ECT, a partir de 2 de janeiro de 1999.

Art. 3º A adesão ao Programa de Alimentação do Trabalhador deverá ser efetuada de 1º de janeiro a 31 de março de cada ano, para ter validade máxima de doze meses, até 31 de dezembro do mesmo ano.

§ 1º Os programas de alimentação do trabalhador apresentados entre 1º de janeiro e 31 de dezembro terão validade a partir da data do seu início efetivo, limitado a 1º de janeiro.

§ 2º Quando a adesão ao programa ocorrer após 31 de março, o período de validade será contado a partir da data de apresentação até 31 de dezembro do mesmo ano.

Art. 4º Os programas de alimentação do trabalhador ficam automaticamente aprovados mediante a apresentação e registro do formulário na ECT.

§ 1º O registro é pré-franqueado pela ECT, sem ônus para o Órgão Gestor do PAT.

§ 2º A cópia do formulário e o comprovante de registro na ECT devem ser conservados na contabilidade da empresa beneficiária para os efeitos legais.

Art. 5º Para efeito do disposto no art. 3º do Decreto nº 5, de 14 de janeiro de 1991, os programas de alimentação do trabalhador observarão:

- I - o almoço, jantar e ceia deverão conter um mínimo de hum mil e quatrocentas calorias e de seis por cento de percentual protéico-calórico (NDpCAL%);
- II - desjejum e merenda deverão conter um mínimo de trezentas calorias e de seis por cento de percentual protéico-calórico (NDpCAL%); e
- III - as cotas da cesta básica deverão corresponder aos valores diários citados nos incisos I e II deste artigo.


Art. 6º Esta Portaria entrará em vigor em 1º de janeiro de 1999.

Art. 7º Fica revogada a Portaria Interministerial nº 1, de 29 de janeiro de 1992.

EDWARD AMADEO
Ministro do Trabalho

PEDRO SAMPAIO MALAN
Ministro da Fazenda

JOSÉ SERRA
Ministro da Saúde

| NOME DO(A) ... | | FUNÇÃO | | | | | | | | | | |
|---|--------------|---|--------------|--------------------------------------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|-----------------|--------------|------------|
|  MINISTÉRIO DO TRABALHO - MT SECRETARIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO | | PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR - PAT - | | | | | | | | | | |
| | | 1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA BENEFICIÁRIA | | | | | | | | | | |
| 1.1 - CDD DA MATRIZ | | 1.3 - RAZÃO SOCIAL | | | | | | | | | | |
| 1.4 - ENDEREÇO SALVADOR (AV. N.º ...) | | 1.5 - CDD AT. SECUR. | | | | | | | | | | |
| 1.6 - MUNICÍPIO | | 1.7 - UF | | | | | | | | | | |
| 1.8 - CEP | | 1.9 - TELEFONE (DDD e Número) | | | | | | | | | | |
| | | 1.10 - CDD (CDD e Número) | | | | | | | | | | |
| 2 - EXECUÇÃO DO PROGRAMA NO ANO ANTERIOR | | | | | | | | | | | | |
| 2.1 - REFEIÇÕES FORNECIDAS (DIÁRIA, VOM, OUTROS DIÁRIA) | | 2.2 - MODALIDADES DO SERVIÇO DE ALIMENTAÇÃO | | | | | | | | | | |
| 2.3 - ALMOÇO LANTINA | | SERVIÇO PRÓPRIO % | | | | | | | | | | |
| 2.4 - TRAIÇÃO / MANSÃO | | REFEIÇÕES TRANSPORTADAS % | | | | | | | | | | |
| 2.5 - REFEIÇÃO NOTURNA | | ADMINISTRAÇÃO DE COZINHA % | | | | | | | | | | |
| | | CESTA DE ALIMENTOS % | | | | | | | | | | |
| | | REFEIÇÃO - COMBIDO % | | | | | | | | | | |
| | | ALIMENTAÇÃO - COMBIDO % | | | | | | | | | | |
| 2.6 - Nº DE REGISTRO NO PAT (CADA EMPRESA) E FORNECEDORAS (de vários serviços de refeições) | | | | | | | | | | | | |
| 2.7 - NÚMERO DE TRABALHADORES BENEFICIADOS POR UF | | | | | | | | | | | | |
| AC | DF | MT | RJ | SE | | | | | | | | |
| AL | ES | PA | RN | SP | | | | | | | | |
| AM | GO | PB | RO | TO | | | | | | | | |
| AP | MA | PE | RR | TOTAL DE BENEFICIADOS | | | | | | | | |
| BA | MG | PI | RS | | | | | | | | | |
| CE | MS | PR | SC | | | | | | | | | |
| 3 - NÚMERO DE TRABALHADORES POR PAGOS SALARIAIS | | | | | | | | | | | | |
| DESCRIÇÃO | ATE 2 SM | | 2 a 3 SM | | 3 a 4 SM | | 4 a 5 SM | | 5 a 7 SM | | 7 SM | |
| | ANT. INTERIO | ANT. URBES | ANT. INTERIO | ANT. URBES | ANT. INTERIO | ANT. URBES | ANT. INTERIO | ANT. URBES | ANT. INTERIO | ANT. URBES | ANT. INTERIO | ANT. URBES |
| 4 - Nº DE CONTRATADOS PELA EMPRESA | | | | | | | | | | | | |
| 5 - Nº DE BENEFICIÁRIOS | | | | | | | | | | | | |
| 6 - TERMO DE RESPONSABILIDADE | | | | | | | | | | Nº REGISTRO PAT | | |
| Declaro sob as penas previstas na legislação que a empresa acima indicada participa do Programa de Alimentação do Trabalhador, nos termos da legislação em vigor, a fim de que possa valer-se dos incentivos fiscais previstos na Lei nº 6.321, de 14 de abril de 1976, e que me responsabilizo pelas informações prestadas neste formulário. | | | | | | | | | | | | |
| Nome: _____ | | | | | | | | | | | | |
| Cargo: _____ | | | | | | | | | | | | |
| Local: _____ | | | | | | | | | | | | |
| Data: _____ | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura: _____ | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura: _____ | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura: _____ | | | | | | | | | | | | |
| Assinatura: _____ | | | | | | | | | | | | |

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

1 - IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA BENEFICIÁRIA

- 1.1 - Apor o número do CGC da Matriz.
- 1.2 - Razão social: citar o nome da empresa; abreviar se for o caso.
- 1.3 - Apor o número do código de atividade econômica - 5 dígitos.
- 1.4 - Endereço: preencher conforme indicado, com os dados da Matriz.
- 1.5 - Bairro: citar o nome.
- 1.6 - Cidade: citar o nome.
- 1.7 - UF: citar a sigla do Estado.
- 1.8 - CEP: apor o código de endereçamento postal.
- 1.9 - Telefone: apor o código DDD e o número.
- 1.10 - Fax: apor o código DDD e o número.

2 - EXECUÇÃO DO PROGRAMA NO ANO ANTERIOR

- 2.1 - Reações fornecidas por dia.
- 2.2 - Apor o número de refeições e/ou merendas por dia e o total de dias do ano em que foram fornecidas.
- 2.3 - Apor o número de refeições e/ou merendas por dia e o total de dias do ano em que foram fornecidas.
- 2.4 - Apor o número de refeições noturnas por dia e o total de dias do ano em que foram fornecidas.
- 2.5 - Assinalar com "X" na quadrícula correspondente a(s) modalidade(s) do serviço de alimentação usadas pela empresa. Na coluna à direita, informar o percentual de cada modalidade, em relação ao número total de beneficiados pela empresa.
- 2.6 - Se a empresa utilizar serviços de terceiros, apor o número de registro no PAT, da(s) empresa(s) fornecedora(s), ou prestadora(s) de serviços de alimentação coletiva.
- 2.7 - Número de trabalhadores beneficiados por Estado: apor o total de trabalhadores beneficiados em cada Estado e o total no Brasil.


3 - NÚMERO DE TRABALHADORES POR FAIXAS SALARIAIS

- A - Apor o número de trabalhadores contratados por faixa salarial, conforme indicado (o observado do ano anterior e no ano vigente).
- B - Apor o número total de trabalhadores beneficiados (o observado do ano anterior e no ano vigente), divididos pelas faixas salariais discriminadas: até 2 salários mínimos; de 2 a 3 salários mínimos; 3 a 5 salários mínimos; 5 a 7 salários mínimos; mais de 7 salários mínimos. O total das colunas do ano anterior deverá coincidir com o total de beneficiados do item 2.7.

4 - TERMO DE RESPONSABILIDADE (Preencher todos os dados, conforme indicado)

- Atenção:**
- 1 - O recibo, com o carimbo e o número de registro nos Correios, deverá ser conservado, juntamente com a cópia do Programa, na contabilidade da empresa, à disposição da fiscalização.
 - 2 - Quando a empresa participar pela 1ª vez do PAT, o Quadro 2 e o campo "ano anterior" no Quadro 3 não precisam ser preenchidos. Deverá preencher no Quadro 03 apenas o campo "ano vigente", com o número de trabalhadores por faixas.
 - 3 - Não dobre o formulário e somente fecha-o após o carimbo e o número do registro na agência dos Correios.

DESTINAR O APRESENTADO APÓS DEPOSITO EM SEPARADO DO FORMULÁRIO

| | | | |
|--|------------------------------|----------------------|------------------------|
|  <p>MINISTÉRIO DO TRABALHO - MTb SECRETARIA DE SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO</p> <p align="center">PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO DO TRABALHADOR - PAT</p> | | | <p>RECIBO</p> |
| | | | <p>1º REGISTRO GET</p> |
| | | | <p>DATA DO RECIBO:</p> |
| | <p>CODIGO ATIV ECONOMICA</p> | <p>CGC DA MATRIZ</p> | |
| <p>INDICAÇÃO DO Nº PAT</p> | | | |
| <p>BARRIO</p> | <p>CIDADE</p> | <p>UF</p> | <p>CEP</p> |
| | | | |