



**MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO**

Secretaria Executiva

Subsecretaria de Planejamento, Orçamento e Administração

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

Coordenação de Administração de Pessoal

Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários

**TERMO DE OPÇÃO PELO BENEFÍCIO INTEGRAL**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, na condição de  
(nome do(a) requerente)

\_\_\_\_\_ do ex-servidor: \_\_\_\_\_,  
[vínculo com o(a) ex-servidor(a)] [nome do(a) ex-servidor(a)]

DECLARO para os devidos fins que é no meu interesse que faço a opção pelo BENEFÍCIO INTEGRAL de  
\_\_\_\_\_, instituído no Órgão: \_\_\_\_\_.  
(nome do benefício) (nome do órgão)

Estou ciente que meu(s) outro(s) benefício(s) recebido(s) junto ao(s) Órgão(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
[nome do(s) órgão(s)]

será(ão) recalculado(s) conforme o § 2º do art. 24 da EC nº 103/2019 e que esta Opção será comunicada ao(s) Órgão(s)  
onde recebo meus outro(s) benefício(s) de \_\_\_\_\_.  
[nome do(s) benefício(s)]

**Estou ciente que, conforme §3º do artigo 24 da EC nº 103/2019, o presente Termo poderá ser revisto a qualquer tempo, mediante apresentação de um novo Termo de Opção.**

Declaro, ainda, que tenho consciência de que constitui crime, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, prestar declaração falsa com fim de criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante e que a penalidade aplicada no seu cumprimento varia de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO(A) REQUERENTE

Em caso de dúvidas, entrar em contato com a Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários, através do telefone: (61) 2033-8282. Enviar esta Declaração para o seguinte endereço: **Divisão de Concessão de Benefícios Previdenciários, Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação, SEPN Quadra 507, Bloco B, Lote 2, 3º andar, sala 304/305, Asa Norte, CEP: 70740-901 - Brasília/DF** ou pelo E-mail: <dicob@mcti.gov.br>.