

**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>**.