



DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE BENEFÍCIOS

Dados do Declarante

Nome completo:		
CPF:	RG:	
Endereço residencial:		
Cidade:	UF:	CEP:
Telefone:	E-mail	

Nos termos do previsto no §2º do Art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019, que prevê que nas hipóteses das acumulações previstas no §1º do citado dispositivo, é assegurada a percepção do valor integral do benefício mais vantajoso e de uma parte de cada um dos demais benefícios, declaro que:

Marcar apenas uma opção:

OPTO por receber integralmente o valor do BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA que será concedido pela Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP), por considerar ser este o benefício mais vantajoso.

OPTO por receber integralmente o valor do BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA/PENSÃO que recebo atualmente do Órgão/Instituição: _____, por considerar ser este o benefício mais vantajoso, estando ciente que o Benefício de Aposentadoria concedido pela UFOP será recalculado conforme as faixas e percentuais estabelecidos pelo §2º do Art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019.

Declaro ainda estar ciente que a opção realizada neste termo poderá ser revista a qualquer tempo, a pedido do interessado, em razão de alteração de algum dos benefícios.

Ouro Preto, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do (a) declarante