******MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO**

**PRÓ-REITORIA DE GESTÃO DE PESSOAS**

**DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL**

# DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE BENEFÍCIOS

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS DO DECLARANTE** | | | |
| Nome completo: | | | CPF: |
| Endereço Residencial: | | | |
| Cidade/UF: | CEP: | Telefone (com DDD): (   ) | |
| E-mail: | | | |
| Instituidor de Pensão: | | | CPF: |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE OPÇÃO** |
| 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 PENSÃO que será concedido pela Universidade Federal Rural do Semi-Árido (UFERSA), 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 Pensão concedido pela UFERSA 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.  Mossoró-RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do (a) declarante |