**TERMO DE OPÇÃO DE REDUÇÃO DE VALOR DE BENEFÍCIOS EM CASO DE ACÚMULO - PENSÃO POR MORTE**

Aplicação do disposto no Art. 24 da Emenda Constitucional Nº 103/2019

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO(A) BENEFICIÁRIO(A)/INSTITUIDOR(A):**

Nome do beneficiário:
CPF do beneficiário:
Instituidor do benefício:
CPF do instituidor:

**2 - DECLARAÇÃO:**

Declaro estar ciente de que, nos casos em que a lei permitir acúmulo de benefício, será pago 100% do benefício mais vantajoso, acrescido de um percentual de cada um dos demais, que vai variar em decréscimo de acordo com o valor do benefício, conforme o disposto no § 2º, do Art. 24, da EC nº 103/2019.

Por meio do presente Termo, declaro a minha opção sobre a redução de maneira progressiva do valor do(s) benefício(s) abaixo discriminado(s):

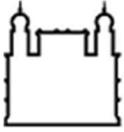
<input type="checkbox"/>	O valor integral da pensão por morte deixada pelo(a) instituidor(a) ex-servidor(a) pertencente à Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, estando ciente de que o pagamento do referido benefício deverá ser imediatamente comunicado ao órgão/entidade responsável pelo pagamento do(s) outro(s) benefício(s) previdenciário(s) (pensão/aposentadoria), para revisão de proventos, nos termos do §2º, do Art. 24, da EC nº 103/2019.
<input type="checkbox"/>	O valor integral de outro benefício previdenciário (pensão/aposentadoria) percebido junto ao órgão/entidade informado abaixo, estando ciente de que o valor de pensão a ser pago pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) será limitado ao percentual previsto no §2º, do Art. 24, da EC nº 103/2019.

2.1 - Órgão ao qual se vincula os outros benefícios:

2.2 - Data de início dos benefícios:

2.3 - Fundamento legal dos benefícios:

2.4 - Nome do instituidor do benefício (em caso de pensão):



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas

2.5 - CPF do instituidor (em caso de pensão):
2.6 - Grau de parentesco (em caso de pensão):
2.7 - Valor bruto do benefício:

### 3 - TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Assumo a responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas e declaro estar ciente de que constitui crime prestar falsa declaração, conforme Art. 2º da Lei nº 7.115, de 29/08/1983, e das penas de 1 (um) a 3 (três) anos de reclusão e multa, previstas no Art. 299 do Código Penal Brasileiro. Declaro ainda que estou ciente da possibilidade de redução dos benefícios acumulados, nos termos do § 2º do Art. 24 da Emenda Constitucional nº 103/2019, que devo informar esta unidade de gestão de pessoas, caso venha a receber qualquer benefício previdenciário não listado na presente declaração que posso solicitar a alteração da opção aqui firmada a qualquer tempo, nos termos do §3º do Art. 24, da EC nº 103/2019.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) beneficiário(a)