EU,,CPF Nº. , na qualidade de Beneficiário (a) de Pensão do Ex- Servidor(a) , CPF Nº. , Matrícula SIAPE Nº. :

[ ]  DECLARO para os devidos fins que é do meu interesse a opção pelo BENEFÍCIO concedido por este Órgão.

 [ ]  DECLARO que é de meu interesse neste momento, optar pelo benefício de Aposentadoria/Pensão que recebo:  (**Informar a Fonte pagadora**).

Estou ciente que o(s) outro(s) benefício(s) será(ão) recalculado(s) conforme o § 2º do Art. 24 da Emenda Constitucional Nº 103/2019.

Brasília, de de .

**Assinatura da(o) beneficiária(o) de pensão**

**Estou ciente de que tal Declaração cumpre os dispositivos legais previstos no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro.**

**Observação:** formulário exclusivo para encaminhamento via SIGRH.