

TERMO DE OPÇÃO

Ao Senhor Presidente da Paraíba Previdência,

Eu, _____, portador (a) do
CPF nº _____ e RG nº _____, venho
por meio deste, com fundamento no art. 24, §1º e §2º da EC nº 103/2019, apresentar opção
pela percepção integral do benefício:

() Em análise, sob o nº _____ (matrícula do servidor falecido),

() Pensão, sob o nº _____ (matrícula ou número do benefício),

percebido junto () este Regime de Previdência () outro Regime de Previdência, no valor
bruto de R\$ _____, submetendo os demais benefícios a redução prevista
na legislação supracitada.

() Aposentadoria, sob o nº _____ (matrícula ou número do benefício),
percebido junto () este Regime de Previdência () outro Regime de Previdência, no valor
bruto de R\$ _____, submetendo os demais benefícios a redução prevista
na legislação supracitada.

João Pessoa, ____ de _____ de _____.

Assinatura e identificação do (a) requerente ou representante legal

Caso a opção seja pela redução do benefício de outro Regime de Previdência, é necessária a apresentação de comprovante de pagamento do benefício atualizado.