

**DPE PR**DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO PARANÁ

Defensoria Pública do Estado do Paraná

ANEXO II - TERMO DE OPÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO(A) REQUERENTE	
NOME:	
CPF:	MATRÍCULA:
TELEFONE CELULAR:	TELEFONE FIXO:
E-MAIL:	
UNIDADE DE LOTAÇÃO	
CARGO EFETIVO:	
DATA DE POSSE:	DATA EXERCÍCIO:

1. Por meio deste termo, manifesto a opção pela migração de regime previdenciário de que trata o § 16 do art. 40 da Constituição Federal, nos termos da Lei Estadual nº 20.777, de 16 de novembro de 2021.

2. Estou ciente de que a minha opção voluntária pela referida migração:

a) É irrevogável e irretratável.

b) Implica na limitação da minha relação previdenciária com o RPPS do Estado do Paraná, para fins de contribuição e de futuro benefício de aposentadoria ou pensão por morte, ao limite máximo dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social.

c) Implica renúncia a qualquer contrapartida referente ao valor das contribuições previdenciárias pagas ao RPPS, acima do limite máximo dos benefícios do RGPS, anteriormente à migração, exceto o aporte especial de que trata o art. 18 da referida Lei nº 20.777/2021, cujas condições de cálculo e pagamento compreendi adequadamente.

() Autorizo que o valor do aporte especial seja creditado em folha de pagamento e simultaneamente transferido para a minha conta individual no plano de benefícios na entidade responsável pelo RPC.

() Quero receber o benefício de indenização diretamente em folha, sem a transferência para o plano de benefícios na entidade responsável pelo RPC.

Curitiba, data da assinatura digital.

Nome