

## TERMO DE OPÇÃO DE BENEFÍCIO

Nome: _____	CPF: _____	
RG nº _____	Órgão Expedidor: _____	Data expedição: _____ / _____ / _____
Endereço: _____		
Complemento: _____	Bairro: _____	
Cidade: _____	CEP: _____	UF: _____
E-mail: _____	Telefone: _____	

( ) **OPTO** por receber integralmente o valor do benefício concedido pela(o) **ISSA - Instituto de Seguridade Social dos Servidores Municipais de Anápolis**, por considerar ser este o benefício mais vantajoso.

( ) **OPTO** por receber integralmente o valor do benefício concedido pela(o) **Órgão/Instituição: \_\_\_\_\_** por considerar ser este o benefício mais vantajoso.

Declaro, ter conhecimento que **os demais benefícios que recebo com valores superiores ao salário mínimo vigente, serão aplicados o redutor**, apurado cumulativamente de acordo com as faixas previstas nas legislações supracitadas, descritas a seguir:

- I – **60%** (sessenta por cento) do valor que exceder 1 (um) salário-mínimo, até o limite de 2 (dois) salários mínimos;
- II – **40%** (quarenta por cento) do valor que exceder 2 (dois) salários-mínimos, até o limite de 3 (três) salários mínimos;
- III – **20%** (vinte por cento) do valor que exceder 3 (três) salários-mínimos, até o limite de 4 (quatro) salários mínimos; e
- IV – **10%** (dez por cento) do valor que exceder 4 (quatro) salários-mínimos.

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.

Anápolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

(Assinatura do requerente, conforme documento de identidade apresentado)