

ANEXO

TERMO DE OPÇÃO POR RESTITUIÇÃO ADMINISTRATIVA DA CONTRIBUIÇÃO SOCIAL

NOME		CPF	
MAT. SIAPE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
CARGO EFETIVO			
SITUAÇÃO FUNCIONAL (ATIVO, INATIVO, BENEFICIÁRIO DE PENSÃO E/OU EX-SERVIDOR)			
ENDEREÇO		BAIRRO	
MUNICÍPIO		UF	CEP
TELEFONE ()	E-MAIL		
BANCO (*)	AGÊNCIA (*)	CONTA CORRENTE (*)	

Requerimento

<p>Venho, pelo presente TERMO DE OPÇÃO, requerer a restituição administrativa da Contribuição para o Plano de Seguridade Social do Servidor Público Civil da União, Autarquias e Fundações, incidente sobre a parcela remuneratória do cargo em comissão ou da função de confiança, devidamente corrigida pela taxa Selic, relativa ao período de janeiro de 1999 a março de 2003.</p> <p>Para este fim, declaro, sob as penas da lei:</p> <ul style="list-style-type: none">- não ter recebido a referida restituição via administrativa ou judicial; e- que estou ciente que a Advocacia Pública da União, Autarquias e Fundações, levará o presente Termo ao Poder Judiciário, para fins de extinção de eventual processo judicial com o mesmo objeto do presente Termo, concordando desde já com os efeitos decorrentes.	
LOCAL	DATA
ASSINATURA	

(*) Campo obrigatório somente para os contribuintes que não mais integram o Serviço Público Federal ou que tenham assumido outro cargo público inacumulável não integrante da estrutura do Poder Executivo Federal