

Nome do Servidor:

Matrícula:

CPF:

E-mail:

Telefone:

Órgão Patrocinador:

Cargo Efetivo:

DECLARO que, em cumprimento ao disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 109, de 29/5/2001, recebi a oferta de inscrição no Plano de Benefícios do Judiciário da União, do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público, administrado pela Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal do Poder Judiciário - Funpresp-Jud, reservando-me no direito de aderir oportunamente.

Local e Data:

Assinatura do Servidor:

Validação de dados pelo Patrocinador:  
Local e Data do Protocolo / Validação:

Carimbo e Assinatura do Responsável da Unidade de Pessoal:

Caso venha a optar pela inscrição no Plano de Benefícios, entre em contato com a unidade de pessoal ou diretamente com a Funpresp-Jud, pelo sítio eletrônico: [www.funprespjud.com.br](http://www.funprespjud.com.br) ou por email: [sap@funprespjud.com.br](mailto:sap@funprespjud.com.br).

DECLARO que o(a) servidor(a) acima referido(a) recusou-se a dar ciência ao Termo de Oferta do Plano de Benefícios do Judiciário da União, do Ministério Público da União e do Conselho Nacional do Ministério Público, administrado pela Funpresp-Jud.

Local e Data:

Carimbo e Assinatura do Responsável da Unidade de Pessoal:

Testemunha: \_\_\_\_\_

Testemunha: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

**Orientações:** uma cópia do formulário deve ser entregue ao servidor, uma cópia deve ser arquivada na pasta funcional do servidor e o original deverá ser enviado à Funpresp-Jud.