



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO
TERMO DE OPÇÃO

Nº PENSÃO | | | | | | | - | |

QUADRO DOS PROFISSIONAIS DA (O)

- SAÚDE - LEI Nº 11.410/93 (com alterações da LEI 11.511/94)
- EDUCAÇÃO - LEI Nº 11.434/93 (com alterações da LEI 11.511/94)
- ADMINISTRAÇÃO - LEI 11.511/94
- DESENVOLVIMENTO URBANO - LEI 11.512/94
- PROMOÇÃO SOCIAL - LEI 11.633/95
- GUARDA CIVIL METROPOLITANA - LEI 11.715/95
- CULTURA, ESPORTE E LAZER - LEI 11.951/95
- FISCALIZAÇÃO - LEI 12.477/97

1. IDENTIFICAÇÃO DO (A) INSTITUIDOR (A):

NOME _____
CARGO/FUNÇÃO _____ PADRÃO _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO (A) PENSIONISTA:

NOME _____ R.G. _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO (A) REPRESENTANTE LEGAL:

NOME _____ R.G. _____

4. OPÇÃO PELOS NOVOS PADRÕES DE REMUNERAÇÃO

() OPTO PELO RECEBIMENTO DE MINHA REMUNERAÇÃO, CONFORME AS ESCALAS DE PADRÕES DE VENCIMENTOS DO QUADRO DOS PROFISSIONAIS ACIMA ASSINALADO ESTANDO CIENTE DA RENÚNCIA A PERCEPÇÃO E INCORPORAÇÃO DAS VANTAGENS CONFORME DISPOSTO NA RESPECTIVA LEI QUE INSTITUIU O QUADRO QUE ENCONTRAM-SE ESPECIFICADAS NO VERSO DO PRESENTE.

5. OPÇÃO PELA GRATIFICAÇÃO DE FUNÇÃO (SOMENTE PARA PENSÕES CUJO INSTITUIDORES PERTENCERAM AO QUADRO DA SAÚDE E QUE TENHAM EM SUA REMUNERAÇÃO A GRATIFICAÇÃO DE FUNÇÃO , CÓDIGO 0033)

() OPTO, EM CARÁTER IRRETRATÁVEL, PELOS NOVOS PERCENTUAIS E BASES ESTABELECIDOS NA LEI 11.511/94.

São Paulo __, de _____ de _____

Ass. Representante Legal

Assinatura do Pensionista

PENSIONISTAS OPTANTES (MENORES DE IDADE OU INCAPAZES)

Nome	R.G.	Assinatura
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

PROTOCOLO DO TERMO DE OPÇÃO NO QPAD

NOME : _____

NÚMERO DA PENSÃO _____ DATA ___/___/___

VISTO DA UNIDADE

CARIMBO E ASSINATURA