

ANEXO

(expedir duas vias: a 1ª ao INSS e a 2ª ao optante)

TERMO DE OPÇÃO

(Opção pela indenização de que trata a Lei nº 12.190, de 13 de janeiro de 2010, concedida às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida, que perceberam indenização de mesma natureza concedida por decisão judicial)

Nome: _____

Nacionalidade: _____ Estado civil: _____

Identidade: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ NIT (PIS/PASEP): _____

Número do Benefício (Lei nº 7.070/82): _____

Nome da mãe: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Eu, acima denominado(a), ciente do direito de opção a mim conferido pelo art. 5ª da Lei nº 12.190, de 2010, declaro opção por:

? indenização da Lei nº 12.190, de 2010, na forma de seu art. 1ª.

? indenização por danos morais concedida por decisão judicial, de que trata o art. 5ª da Lei nº 12.190, de 2010.

Declaro, ainda, que não existe ação judicial em andamento ajuizada por mim visando à concessão de indenização por danos morais da mesma natureza da que trata a Lei nº 12.190, de 2010.

Na hipótese de recebimento irregular da indenização prevista pela Lei nº 12.190, de 2010, através da acumulação indevida de indenização por dano moral concedida judicialmente, AUTORIZO que haja desconto em meu benefício, até à completa quitação do valor pago indevidamente, monetariamente corrigido.

Estou ciente de que a existência de declaração falsa no presente Termo de Opção acarretará a configuração do crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Localidade/Data: _____

(optante)

(INSS)