

**Termo de Concordância com o Valor da Indenização para Sucessores de Militares
ou de ex-Militares da Aeronáutica**

MINISTÉRIO DA DEFESA – COMANDO DA AERONÁUTICA

TERMO DE CONCORDÂNCIA COM O VALOR DA INDENIZAÇÃO

1. Eu, a seguir identificado, na condição de sucessor de _____, Nome Completo
_____, _____, _____, falecido em ____/____/_____,
Nr de Ordem Posto/Graduação/Quadro

declaro que concordo com o valor da indenização a ser percebida, conforme abaixo apresentado, e que estou ciente de que serão abatidos todos os valores anteriormente recebidos em consequência da não fruição dos períodos de Licença Especial citada em meu requerimento. Na condição de pensionista e somente neste caso, da mesma forma, autorizo que todos os direitos gerados pela não fruição dos citados períodos de Licença Especial sejam retirados de minha pensão militar a partir do momento da assinatura deste Termo de Concordância.

_____, _____, portador(a) da <small>Nome completo (em caixa alta)</small> <small>Nr de Ordem</small> carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, e do CPF _____ <small>Número de Registro</small> <small>Órgão Expedidor</small> <small>Número do CPF</small>
_____, _____, portador(a) da <small>Nome completo (em caixa alta)</small> <small>Nr de Ordem</small> carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, e do CPF _____ <small>Número de Registro</small> <small>Órgão Expedidor</small> <small>Número do CPF</small>
_____, _____, portador(a) da <small>Nome completo (em caixa alta)</small> <small>Nr de Ordem</small> carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, e do CPF _____ <small>Número de Registro</small> <small>Órgão Expedidor</small> <small>Número do CPF</small>
_____, _____, portador(a) da <small>Nome completo (em caixa alta)</small> <small>Nr de Ordem</small> carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, e do CPF _____ <small>Número de Registro</small> <small>Órgão Expedidor</small> <small>Número do CPF</small>
_____, _____, portador(a) da <small>Nome completo (em caixa alta)</small> <small>Nr de Ordem</small> carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, e do CPF _____ <small>Número de Registro</small> <small>Órgão Expedidor</small> <small>Número do CPF</small>
_____, _____, portador(a) da <small>Nome completo (em caixa alta)</small> <small>Nr de Ordem</small> carteira de identidade nº _____, expedida pelo _____, e do CPF _____ <small>Número de Registro</small> <small>Órgão Expedidor</small> <small>Número do CPF</small>

2. Declaro, ainda, () NÃO EXISTIR () EXISTIR ação judicial, por mim proposta ou pelo falecido, requerendo o pagamento em pecúnia de LESP não usufruída e me comprometo a não ingressar em juízo para reclamar ou impugnar o valor a ser percebido após a assinatura do presente Termo de Concordância **(No caso de ter sido proposta ação judicial, o presente Termo deverá estar acompanhado da decisão judicial que homologa a desistência).**

3. Estou ciente que o valor bruto de indenização, assim como a compensação dos valores já percebidos, abaixo discriminados, sofrerão variação em função de devolução de valores e correção monetária que venham ocorrer entre a data da assinatura do presente Termo e a data da efetivação do pagamento, a qual servirá como referência para os ajustes finais.

(Continuação do Termo de Concordância com o Valor da Indenização para Sucessores de Militares ou de ex-Militares da Aeronáutica)

3.1 Indenização:

a) valor bruto da indenização:

R\$ _____ (_____
Valor por Extenso
_____)

b) compensação dos valores já percebidos (a descontar):

R\$ _____ (_____
Valor por Extenso
_____)

relativos a:

- ____% (_____) de Adicional de Tempo de Serviço,
- ____% (_____) de Adicional de Permanência,
- percepção de remuneração correspondente ao grau hierárquico superior, se for o caso. () SIM () NÃO

c) valor líquido a ser percebido:

R\$ _____ (_____
Valor por Extenso
_____)

3.2 Redução definitiva de Pensão Militar:

a) direitos remuneratórios a serem suprimidos de minha pensão (no que for aplicável), a partir da assinatura deste Termo de Concordância:

- ____% (_____) de Adicional de Tempo de Serviço,
- ____% (_____) de Adicional de Permanência,
- percepção de remuneração correspondente ao grau hierárquico superior, se for o caso. () SIM () NÃO

4. Estou ciente que os ajustes relativos aos valores de Imposto de Renda Retido na Fonte sobre a quantia que estou restituindo serão de minha responsabilidade junto à Receita Federal, cabendo à Subdiretoria de Pagamento de Pessoal (SDPP) apenas o fornecimento de Declaração(ões) de Rendimento Retificada(s), relativos aos últimos cinco anos, em consonância com a legislação vigente.

(*) _____, _____ de _____ de 20__
Localidade Dia Mês Ano

(*)Hora: _____:_____ h

Nome Completo (assinar acima do nome)
CPF: _____

Nome Completo (assinar acima do nome)
CPF: _____

Nome Completo (assinar acima do nome)
CPF: _____

Nome Completo (assinar acima do nome)
CPF: _____

Nome Completo (assinar acima do nome)
CPF: _____

Nome Completo (assinar acima do nome)
CPF: _____

(*) Data e Hora de assinatura do Termo de Concordância com o Valor da Indenização na OM de Vinculação de Inativos e Pensionistas.