

**MARINHA DO BRASIL**  
**SERVIÇO DE VETERANOS E PENSIONISTAS DA MARINHA**

**DECLARAÇÃO DE PERCEPÇÃO DE BENEFÍCIOS**  
**DOS COFRES PÚBLICOS**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome completo),  
portadora do NIP nº \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da lei, que, além da pensão especial de ex-combatente na qual estou habilitada, prevista no art. 30 da Lei nº 4.242/63,:

( ) **não percebo nenhuma** importância dos cofres públicos e, caso venha a perceber, estou ciente do meu dever de informar a este Serviço, no prazo de 30 (trinta) dias corridos do primeiro pagamento, a espécie do benefício, o órgão pagador e o valor mensalmente recebido. Com isso, estou ciente de que a partir do momento em que ocorrer a eventual acumulação da pensão especial de ex-combatente com qualquer importância dos cofres públicos, todos os valores recebidos a título dessa pensão serão considerados indevidos, razão pela qual autorizo o ressarcimento dos mesmos ao Erário.

( ) **percebo** o benefício \_\_\_\_\_ do órgão pagador \_\_\_\_\_, no valor mensal de R\$ \_\_\_\_\_. Com isso, caso opte por continuar a perceber a pensão especial de ex-combatente na qual estou habilitada, estou ciente do meu dever de apresentar perante este Serviço, no prazo de 30 (trinta) dias corridos da assinatura desta declaração, cópia do Diário Oficial no qual conste a renúncia do benefício que ora percebo junto ao órgão pagador informado acima, sob pena de ter a referida pensão especial cancelada.

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_

-----

**A Sra. \_\_\_\_\_ recusou-se a preencher e assinar esta Declaração, conforme constam as duas testemunhas que assinam abaixo.**

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Atendente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
1ª Testemunha

\_\_\_\_\_  
2ª Testemunha