

Posto de atendimento: _____

Ao Sr. Diretor do Pessoal Militar da Marinha

Eu, _____,
(nome completo)

_____, _____, _____
(nacionalidade) (estado civil) (profissão)

portador da carteira de identidade _____, expedida pelo _____
(número de registro) (órgão expedidor)

e do CPF nº _____, residente à _____
(endereço completo, com CEP)

_____, telefones para contato: _____
(endereço completo, com CEP) (residência)

_____, com endereço eletrônico _____,
(celular) (e-mail)

requiro a indenização referente a _____ meses (quantidade de meses) de Licença Especial de Seis Meses (LESM) não usufruídos por mim (no caso de pensionistas ou sucessores informar o nome do militar falecido).

Declaro que conheço e preencho os requisitos para perceber esta indenização e estou ciente de que o efetivo pagamento da indenização está condicionado à disponibilidade orçamentária e depende de minha concordância formal com o valor líquido a ser percebido, que me será apresentado após a realização dos cálculos pela Força.

Estou ciente de que em nenhuma hipótese admitir-se-á o pagamento decorrente do presente requerimento com o pagamento relativo a cumprimento de decisão judicial embasada no mesmo fundamento.

Solicito a atribuição de prioridade na tramitação de meu requerimento, conforme previsto na Portaria Normativa nº 31/GM-MD, de 24 de maio de 2018, do Ministério da Defesa, tendo em vista que sou _____ (no caso de alegação de ser portador de enfermidade ou deficiência física ou mental anexar atestado médico que comprove o alegado).

Para instruir análise do presente requerimento, anexo a cópia da identidade.

Termos em que pede deferimento,

_____, _____ de _____ de _____.
(local)

Assinatura igual à da identidade