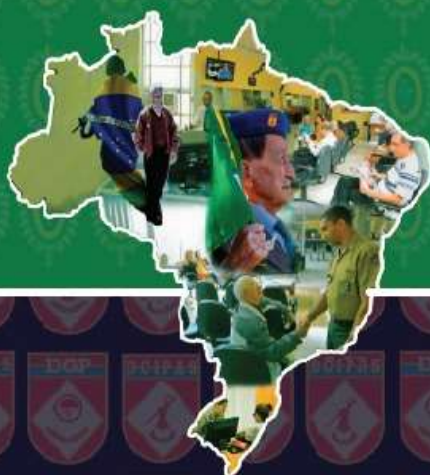




CADERNO DE MODELOS



**Modelos de documentos referentes
aos assuntos das
Normas Técnicas nº 2 - Reforma**





**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL
DIRETORIA DE CIVIS, INATIVOS, PENSIONISTAS E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

CADERNO DE MODELOS

**Modelos de documentos referentes aos
assuntos das Normas Técnicas nº 2 - Reforma**

**1ª Edição
2021**

ÍNDICE DE ASSUNTOS

	Pág.
1. INTRODUÇÃO.....	5
2. LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA.....	5
3. ABREVIATURAS.....	5
4. MODELOS.....	6
Modelo 1 (Check List do Processo de Reforma de Militar da Ativa).....	7-10
Modelo 2 (Check List do Processo de Reforma de Militar da Reserva Remunerada).....	11-13
Modelo 3 (Check List do Processo de Reforma por idade-limite de permanência na Reserva Remunerada).....	14
Modelo 4 (Check List do Processo de Reforma de Isentos e Reservistas – Amparo do Estado).....	15-17
Modelo 5 (Check List do Processo de Reforma por Decisão Judicial).....	18-20
Modelo 6 (Check List do Processo de Reforma em decorrência de pena prevista no Código Penal Militar - Militar da Ativa).....	21-24
Modelo 7 (Check List do Processo de Reforma em decorrência de decisão do STM - Conselho de Justificação - Militar da Ativa).....	25-28
Modelo 8 (Check List do Processo de Reforma por decisão do STM – Conselho de Justificação - Militar da Reserva Remunerada ou Reformado).....	29-31
Modelo 9 (Check List do Processo de Reforma em decorrência de decisão do Conselho de Disciplina - Militar da Ativa).....	32-35
Modelo 10 (Check List do Processo de Reforma por decisão do Conselho de Disciplina - Militar da Reserva Remunerada ou Reformado).....	36-38
Modelo 11 (Check List do Processo de Revisão de Reforma para fins de Retorno ao Serviço Ativo – A Pedido).....	39-41
Modelo 12 (Check List do Processo de Revisão de Reforma para fins de Retorno ao Serviço Ativo de ofício).....	42-44
Modelo 13 (Check List do Processo de Auxílio-invalidez).....	45-47
Modelo 14 (Check List do Processo de Revisão do Auxílio-Invalidez).....	48-50
Modelo 15 (Check List do Processo de Isenção do Recolhimento Imposto de Renda).....	51-53
Modelo 16 (Check List do Processo de Revisão da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda).....	54-56
Modelo 17 (Check List do Processo de e-Pessoal nos processos de Pensão Militar).....	57
Modelo 18 (Check List do Processo de Outros Assuntos).....	58-60
Modelo 19 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de Militar da Ativa).....	61-66
Modelo 20 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de Militar da Reserva Remunerada).....	67-68
Modelo 21 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de militar em decorrência de pena prevista no Código Penal Militar - Militar da Ativa).....	69-74
Modelo 22 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de militar por decisão do Superior Tribunal Militar – Conselho de Justificação - Militar da Ativa).....	75-80
Modelo 23 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de Militar por decisão do Superior Tribunal Militar – Conselho de Justificação - Militar de Reserva Remunerada e Reformado).....	81-82
Modelo 24 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de militar por decisão do Conselho de Disciplina - Militar da Ativa).....	83-88
Modelo 25 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de Militar por decisão do Conselho de Disciplina - Militar da Reserva Remunerada e Reformado).....	89-90
Modelo 26 (Modelo de Ficha de Informações – Revisão de Reforma para fins de Retorno ao Serviço Ativo).....	91-92

Modelo 27 (Modelo de Ficha de Informações – Revisão do Auxílio-Invalidez).....	93-94
Modelo 28 (Modelo de Ficha de Informações – Revisão da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda).....	95-96
Modelo 29 (Modelo de Proposta de Reforma por incapacidade física de militar da ativa)...	97
Modelo 30 (Modelo de Proposta de Reforma por incapacidade física de militar da reserva remunerada).....	98
Modelo 31 (Modelo de Proposta de Revisão de Reforma para fins de Retorno ao Serviço Ativo de ofício).....	99
Modelo 32 (Modelo de Proposta de Revisão do Auxílio-Invalidez).....	100
Modelo 33 (Modelo de Proposta de Revisão da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda).....	101
Modelo 34 (Modelo de Requerimento de Reforma por Amparo do Estado).....	102
Modelo 35 (Modelo de Requerimento para instauração de Inquérito Sanitário de Origem)....	103
Modelo 36 (Modelo de Requerimento de Retorno ao Serviço Ativo).....	104
Modelo 37 (Modelo de Requerimento de Auxílio-Invalidez).....	105
Modelo 38 (Modelo de Requerimento de Revogação do Auxílio-Invalidez).....	106
Modelo 39 (Modelo de Requerimento de Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda)....	107
Modelo 40 (Modelo de Requerimento de Revisão de Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda).....	108
Modelo 41 (Modelo de Requerimento de Outros Assuntos).....	109
Modelo 42 (Modelo de Informação do Requerimento).....	110
Modelo 43 (Modelo de Documento de remessa de Processo).....	111
Modelo 44 (Modelo de Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação).....	112
Modelo 45 (Modelo de Declaração de ciência de concessão de benefício em caráter condicional).....	113
Modelo 46 (Modelo de Termo de Recusa de Assinatura).....	114
Modelo 47 (Modelo de Capa do Processo).....	115
Modelo 48 (Modelo de Portaria de Reforma por incapacidade física de militar da ativa - Reforma simples sem benefício).....	116
Modelo 49 (Modelo de Portaria de Reforma por incapacidade física de militar da ativa - Reforma com benefícios).....	117
Modelo 50 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão judicial - Tutela Antecipada).....	118
Modelo 51 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão judicial - Cumprimento de Julgado).....	119
Modelo 52 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão judicial - Cumprimento de Julgado - Tornando definitiva a reforma provisória).....	120
Modelo 53 (Modelo de Portaria de Reforma em decorrência de pena prevista no Código Penal Militar).....	121
Modelo 54 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão do Superior Tribunal Militar - Conselho de Justificação).....	122
Modelo 55 (Modelo de Portaria de Alteração de Reforma por decisão do Superior Tribunal Militar - Conselho de Justificação).....	123
Modelo 56 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão do Conselho de Disciplina).....	124
Modelo 57 (Modelo de Portaria de Alteração de Reforma por decisão do Conselho de Disciplina).....	125
Modelo 58 (Modelo de Portaria de Reforma por Amparo do Estado, com benefício).....	126
Modelo 59 (Modelo de Portaria de Retorno ao Serviço Ativo - A pedido).....	127

Modelo 60 (Modelo de Portaria de Retorno ao Serviço Ativo de ofício).....	128
Modelo 61 (Modelo de Portaria de Manutenção do Auxílio-Invalidez).....	129
Modelo 62 (Modelo de Portaria de Concessão da isenção do recolhimento do imposto de renda para militar da reserva remunerada).....	130
Modelo 63 (Modelo de Portaria de Manutenção da isenção do recolhimento do imposto de renda.....	131
Modelo 64 (Modelo de Portaria de Restabelecimento de Isenção de Imposto de Renda).....	132
Modelo 65 (Modelo de DIEX informando à OM sobre a reforma do militar).....	133
Modelo 66 (Modelo de DIEX informando ao OP sobre a reforma do militar).....	134

1. INTRODUÇÃO

O presente Caderno de Modelos tem a finalidade de padronizar os modelos dos documentos referentes aos assuntos de reformas, auxílio-invalidez e isenção de imposto de renda, conforme assuntos tratados pelas Normas Técnicas nº 2.

Neste sentido, os modelos anexos buscam nortear os agentes da administração das Organizações Militares, facilitando a confecção dos diversos documentos necessários à montagem dos processos.

2. LEGISLAÇÃO DE REFERÊNCIA

Os modelos anexos seguem os assuntos elencados pela Portaria nº 019, de ____ de fevereiro de 2021, a qual aprovou a edição da Normas Técnicas - 2 – Reformas (EB30-N-50.005), a qual normatiza os procedimentos sobre reformas e benefícios oriundos da reforma.

3. ABREVIATURAS

- ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias;
- BE – Boletim do Exército;
- CFS – Curso de Formação de Sargentos;
- CCEM – Curso de Comando e Estado-Maior;
- CF – Constituição Federal;
- Ch DGP – Chefe do Departamento-Geral do Pessoal;
- Cmt Ex – Comandante do Exército;
- D Sau – Diretoria de Saúde;
- DOU – Diário Oficial da União;
- AGU – Advocacia Geral da União;
- AMP – Agente Médico Perito
- FUSEx – Fundo de Saúde do Exército;
- IR – Imposto de Renda;
- MD – Ministério da Defesa;
- NEx - Noticiário do Exército;
- OM – Organização Militar;
- OP – Órgão Pagador;
- SCmt – Subcomandante;
- SCh – Subchefe;
- Sdir – Subdiretor;
- SIAPes - Sistema Automatizado de Pagamento de Pessoal;
- SSIP – Seção do Serviço de Inativos e Pensionistas;
- Tp Sv – Tempo de Serviço;
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social;

- TCU – Tribunal de Contas da União;
- PPHM – Pasta de Habilitação à Pensão Militares;
- SiCaPEX – Sistema de Cadastramento de Pessoal do Exército;
- SSR – Seção de Saúde Regional;
- AIS – Ata de Inspeção de Saúde;
- RGHI – Remuneração de Grau Hierárquico Imediato; e
- CTC – Certidão de Tempo de Contribuição;

4. MODELOS

Os modelos de documentos estão dispostos a seguir, os quais encontra-se numerados do número 1 ao número 66.

Brasília, 12 de março de 2021.

Gen Ex PAULO SÉRGIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA
Chefe do Departamento-Geral do Pessoal

Modelo 1 (Check List do Processo de Reforma de Militar da Ativa)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM				

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	Check List.		
3	DIEx Proposta de reforma por incapacidade física		
4	Ficha de Informações com 39 (trinta e nove) itens. (Atenção: preencher de acordo com o constante no Extrato da Ficha Individual do SiCaPEX, Pasta de Habilitação à Pensão Militar e Pasta de Alterações).		
5	Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação (confeccionar de acordo Portaria nº 082-DGP, de 23 ABR 14).		
6	Cópia da carteira de identidade.		
7	Cópia da inscrição no CPF, caso não esteja registrado na identidade.		
8	Cópia do Termo de Renúncia – desconto de 1,5% (hum e meio por cento) para pensão militar, conforme Portaria nº 377 – Cmt Ex, de 7 ABR 20, se for o caso.		
9	Cópia do Termo de Opção da Licença Especial adquirida e não gozada, conforme Portaria nº 348, de 17 JUL 01, se for o caso.		
10	Cópia do Boletim que publicou a solução de sindicância referente ao Termo de Opção de LE ter sido confeccionado fora do prazo previsto na Portaria nº 348-Cmt Ex, de 17 JUL 01, se for o caso.		
11	Cópia da Certidão de Tempo de Contribuição (CTC) expedida pelo INSS, de forma eletrônica e com o QR CODE, se houver tempo de serviço privado a ser computado (o tempo deve obrigatoriamente ter sido cadastrado na BDCP pela DCIPAS), se for o caso.		
12	Cópia da Certidão expedida por Órgão Público, se houver tempo de serviço público a ser computado (o tempo deverá, obrigatoriamente, estar cadastrado no banco de dados do DGP, pela DCIPAS), se for o caso.		
13	Cópia de documento comprobatório de homologação, pelo órgão competente (BI ou folha de alteração), de quotas de compensação orgânica, se for o caso.		
14	Cópia de documento comprobatório (BI ou folha de alteração) do não gozo de férias anteriores a 29 DEZ 2000, para ser computado em dobro na inatividade, se for o caso.		
14	Cópia do Boletim da OM que publicou a auditoria na Pasta de Habilitação à Pensão Militar e contracheque.		
15	Documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) do tempo		

	passado em Guarnição Especial Categoria "A", se for o caso.		
--	---	--	--

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
16	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) quando o militar possuir mais de uma data de praça, se for o caso.		
17	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste a Adição do Militar (Praças e Oficiais Temporários)		
18	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste a agregação do militar (Sargentos do QE/Praças e Oficiais de carreira)		
19	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste tempo de LE, LTSPE, LTIP		
20	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste a publicação da Estabilidade (Sargentos do QE), cuja incapacidade foi enquadrada no inciso VI do art. 108 da Lei nº 6.880/80.		
21	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste o início e o término do curso que gera o maior percentual para fins de Adicional de Habilitação.		
22	Cópia da Portaria, Decisão Judicial ou Sentença Transitada em Julgado de militar reintegrado, reincluído ou condenado, se for o caso.		
23	Cópia da Solução da Sindicância ou do IPM, sobre o acidente de serviço, se for o caso		
24	Cópia do Atestado de Origem (AO) ou do Inquérito Sanitário de Origem (ISO) nos casos de acidente em serviço ou doença relacionada com o serviço.		
25	Atas de inspeção de saúde, acompanhada da documentação nosológica atualizada.		
26	JISR homologada para os casos de militares julgados incapazes no inciso V do art. 108 da Lei nº 6.880/80		
27	Parecer Técnico homologado sobre as perícias médicas realizadas.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED - há processo de justiça?		
2	STM – há processo judicial?		
3	JUSTIÇA FEDERAL – há processo judicial?		
4	Contracheque - imprimir atualizado		
5	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
6	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
7	Qual (is):		
8	Providência(s)		
PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP			

Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art 108 - Obs: Parecer da _____ , conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201 ____, da _____. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Invalído. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agencia: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		
Analista: _____	Data: _____	Visto: _____

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?;
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações e assinou a Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação?; e
- d. O Cmt/Ch/Dir da OM atestou que as informações prestadas na Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação são verdadeiras?.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 2 (Check List do Processo de Reforma de Militar da Reserva Remunerada)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	DIEEx Proposta de reforma por incapacidade física		
4	Ficha de Informações com () itens. (Atenção: preencher de acordo com o constante no Extrato da Ficha Individual do SiCaPEX e Pasta de Habilitação à Pensão Militar.		
5	Cópia da Carteira de Identidade		
6	Cópia da Portaria de Reserva e da Ficha de Controle		
7	Ata de inspeção de saúde, acompanhada da documentação nosológica atualizada.		
8	Ata da JISR homologada, se for o caso.		
9	JISR homologada para os casos de militares julgados incapazes no inciso V do art 108 da Lei nº 6.880/80		
10	Parecer Técnico homologado sobre as perícias médicas realizadas.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED - há processo de justiça?		
2	Contracheque - imprimir atualizado		
3	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
4	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
5	Qual (is):		
6	Providência(s)		
PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP			

<p>Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201 __, da _____. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército". _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.</p> <p>Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____</p> <p>Ficará vinculado a(o) OP _____</p>			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Analista: _____</td> <td style="width: 40%;">Data: _____</td> <td style="width: 40%;">Visto: _____</td> </tr> </table>	Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
Analista: _____	Data: _____	Visto: _____	

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?;
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações? ;e
- d. O Cmt/Ch/Dir da OM atestou que as informações prestadas na Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação são verdadeiras?.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 3 (Check List do Processo de Reforma por idade-limite de permanência na Reserva Remunerada)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM				

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	Cópia da Carteira de Identidade		
4	Cópia da inscrição no CPF, caso não esteja registrada na identidade.		
5	Cópia da Portaria de Reserva.		
6	Cópia da Ficha de Controle da Reserva.		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
------------------------	--------------------	---------------------

Modelo 4 (Check List do Processo de Reforma de Isentos e Reservistas – Amparo do Estado)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM				

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	Requerimento de Reforma.		
4	Requerimento para Instauração de ISO, se for o caso.		
5	Informação do Requerimento.		
6	Cópia da solução de Sindicância ou IPM.		
7	Cópia do Atestado de Origem		
8	Cópia do Inquérito Sanitário de Origem.		
9	Cópias das Alterações ou Assentamentos.		
10	Cópia da carteira de identidade civil		
11	Cópia da inscrição no CPF, caso não conste na identidade.		
12	Cópia do Certificado de Isenção ou de Reservista.		
13	Ata(s) de Inspeção de Saúde, acompanhada da documentação nosológica completa e atualizada.		
14	Parecer Técnico sobre as Perícias Médicas realizadas, devidamente homologado.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED - há processo de justiça?		
2	JUSTIÇA FEDERAL – há processo judicial?		
3	Contracheque - imprimir atualizado		
4	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
5	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
6	Qual (is):		
7	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº de _____ de 201____, da _____. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
------------------------	--------------------	------------------------

Observações:

- As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?;
- O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações e assinou a Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação?; e
- O Cmt/Ch/Dir da OM atestou que as informações prestadas na Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação são verdadeiras?.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 5 (Check List do Processo de Reforma por Decisão Judicial)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM				

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	Check List.		
3	Cópia do Mandato de intimação, Notificação ou Citação.		
4	Cópia da Petição inicial.		
5	Cópia da Sentença do Juiz e/ou Acórdão transitado em julgado.		
6	Cópia da Certidão de trânsito em julgado, se for o caso.		
7	Cópias das Decisões em Recursos diversos, se for o caso.		
8	Cópia da carteira de identidade ou civil.		
9	Cópia da inscrição no CPF, caso não esteja registrado na identidade.		
10	Cópia do Certificado de Reservista.		
11	Cópia do BI que publicou a data do licenciamento, desincorporação ou anulação da incorporação do militar.		
12	Comprovante de residência, atualizado.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

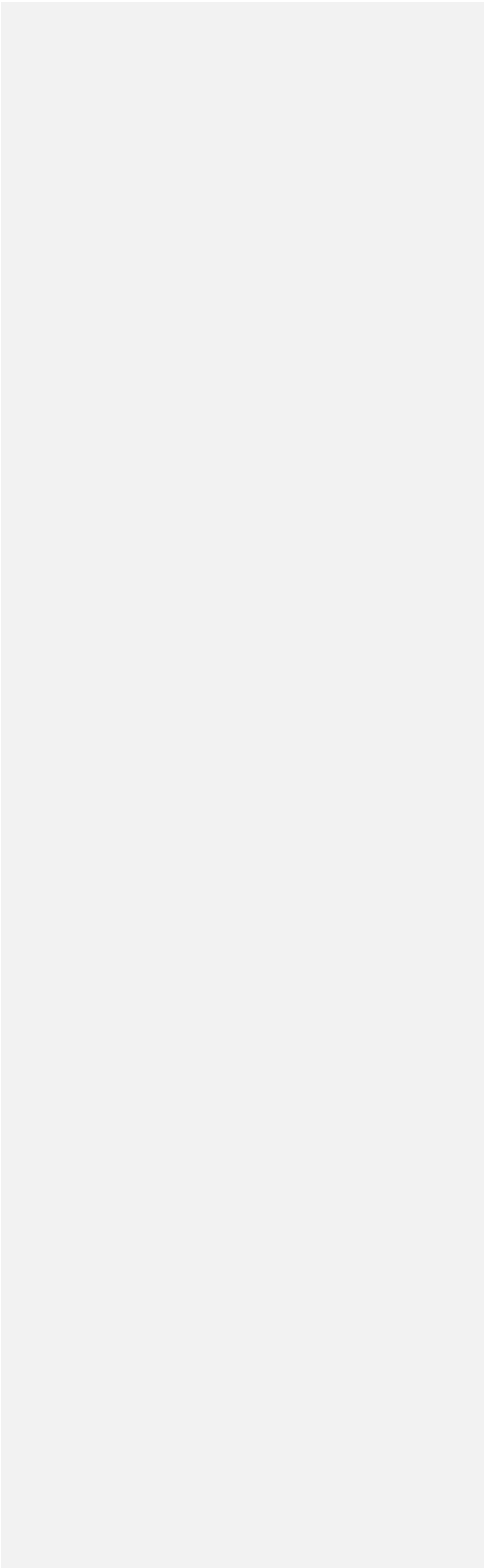
Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED - há processo de justiça?		
2	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
3	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
4	Qual (is):		
5	Providência(s)		
PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP			

Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez. Ficarà vinculado a(o) OP _____		
Analista: _____	Data: _____	Visto: _____

Observações:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES



Modelo 6 (Check List do Processo de Reforma em decorrência de pena prevista no Código Penal Militar - Militar da Ativa)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	Ficha de Informações com 39 (trinta e nove) itens. (Atenção: preencher de acordo com o constante no Extrato da Ficha Individual do SiCaPEX, Pasta de Habilitação à Pensão Militar e Pasta de Alterações).		
4	Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação (confeccionar de acordo Portaria nº 082-DGP, de 23 ABR 14).		
5	Cópia da carteira de identidade.		
6	Cópia da inscrição no CPF, caso não esteja registrado na identidade.		
7	Cópia do Termo de Renúncia – desconto de 1,5% (hum e meio por cento) para pensão militar, conforme Portaria nº 377 - Cmt Ex, de 7 ABR 20, se for o caso.		
8	Cópia do Termo de Opção da Licença Especial adquirida e não gozada, conforme Portaria nº 348, de 17 JUL 01, se for o caso.		
9	Cópia do Boletim que publicou a solução de sindicância referente ao Termo de Opção de LE ter sido confeccionado fora do prazo previsto na Portaria nº 348-Cmt Ex, de 17 JUL 01, se for o caso.		
10	Cópia da Certidão de Tempo de Contribuição (CTC) expedida pelo INSS, de forma eletrônica e com o QR CODE, se houver tempo de serviço privado a ser computado (o tempo deve obrigatoriamente ter sido cadastrado na BDCP pela DCIPAS), se for o caso.		
11	Cópia da Certidão expedida por Órgão Público, se houver tempo de serviço público a ser computado (o tempo deverá, obrigatoriamente, estar cadastrado no banco de dados do DGP, pela DCIPAS), se for o caso.		
12	Cópia de documento comprobatório de homologação, pelo órgão competente (BI ou folha de alteração), de quotas de compensação		

	orgânica, se for o caso.		
13	Cópia de documento comprobatório (BI ou folha de alteração) do não gozo de férias anteriores a 29 DEZ 2000, para ser computado em dobro na inatividade, se for o caso.		
14	Cópia do Boletim da OM que publicou a auditoria na Pasta de Habilitação à Pensão Militar e contracheque.		
15	Documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) do tempo passado em Guarnição Especial Categoria "A", se for o caso.		

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
16	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) quando o militar possuir mais de uma data de praça, se for o caso.		
17	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste a Adição do Militar (Praças e Oficiais Temporários)		
18	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste a agregação do militar (Sargentos do QE/Praças e Oficiais de carreira)		
19	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste tempo de LE, LTSPF, LTIP		
20	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste a publicação da Estabilidade (Sargentos do QE), cuja incapacidade foi enquadrada no inciso VI do art. 108 da Lei nº 6.880/80.		
21	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste o início e o término do curso que gera o maior percentual para fins de Adicional de Habilitação.		
22	Cópia da Portaria, Decisão Judicial ou Sentença Transitada em Julgado de militar reintegrado, reincluído ou condenado, se for o caso.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED - há processo de justiça?		
2	JUSTIÇA FEDERAL – há processo judicial?		
3	Contracheque - imprimir atualizado		
4	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
5	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
6	Qual (is):		
7	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 106.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		
Analista:	Data: _____	Visto: _____

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?;
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações e assinou a Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação?; e
- d. O Cmt/Ch/Dir da OM atestou que as informações prestadas na Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação são verdadeiras?

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 7 (Check List do Processo de Reforma em decorrência de decisão do STM - Conselho de Justificação - Militar da Ativa)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM				

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	Ficha de Informações com 39 (trinta e nove) itens. (Atenção: preencher de acordo com o constante no Extrato da Ficha Individual do SiCaPEX, Pasta de Habilitação à Pensão Militar e Pasta de Alterações).		
4	Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação (confeccionar de acordo Portaria nº 082-DGP, de 23 ABR 14).		
5	Cópia da carteira de identidade.		
6	Cópia da inscrição no CPF, caso não esteja registrado na identidade.		
7	Cópia do Termo de Renúncia – desconto de 1,5% (hum e meio por cento) para pensão militar, conforme Portaria nº 377 - Cmt Ex, de 7 ABR 20, se for o caso.		
8	Cópia do Termo de Opção da Licença Especial adquirida e não gozada, conforme Portaria nº 348, de 17 JUL 01, se for o caso.		
9	Cópia do Boletim que publicou a solução de sindicância referente ao Termo de Opção de LE ter sido confeccionado fora do prazo previsto na Portaria nº 348-Cmt Ex, de 17 JUL 01, se for o caso.		
10	Cópia da Certidão de Tempo de Contribuição (CTC) expedida pelo INSS, de forma eletrônica e com o QR CODE, se houver tempo de serviço privado a ser computado (o tempo deve obrigatoriamente ter sido cadastrado na BDCP pela DCIPAS), se for o caso.		
11	Cópia da Certidão expedida por Órgão Público, se houver tempo de serviço público a ser computado (o tempo deverá, obrigatoriamente, estar cadastrado no banco de dados do DGP, pela DCIPAS), se for o caso.		
12	Cópia de documento comprobatório de homologação, pelo órgão competente (BI ou folha de alteração), de quotas de compensação orgânica, se for o caso.		
13	Cópia de documento comprobatório (BI ou folha de alteração) do não gozo de férias anteriores a 29 DEZ 2000, para ser computado em		

	dobro na inatividade, se for o caso.		
14	Cópia do Boletim da OM que publicou a auditoria na Pasta de Habilitação à Pensão Militar e contracheque.		
15	Documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) do tempo passado em Guarnição Especial Categoria "A", se for o caso.		

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
16	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) quando o militar possuir mais de uma data de praça, se for o caso.		
17	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste tempo de LE, LTSPF, LTIP		
18	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste o início e o término do curso que gera o maior percentual para fins de Adicional de Habilitação.		
19	Cópia da Portaria, Decisão Judicial ou Sentença Transitada em Julgado de militar reintegrado, reincluído ou condenado, se for o caso.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED - há processo de justiça?		
2	STM – há processo de justiça?		
3	JUSTIÇA FEDERAL – há processo de justiça?		
4	Contracheque - imprimir atualizado		
5	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
6	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
7	Qual (is):		
8	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____, “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
------------------------	--------------------	---------------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?;
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações e assinou a Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação?; e
- d. O Cmt/Ch/Dir da OM atestou que as informações prestadas na Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação são verdadeiras?

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 8 (Check List do Processo de Reforma por decisão do STM – Conselho de Justificação - Militar da Reserva Remunerada ou Reformado)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	Check List.		
3	Ficha de Informações.		
4	Cópia da carteira de identidade.		
5	Cópia da inscrição no CPF, caso não esteja registrado na identidade.		
6	Cópia da Sentença do STM e/ou Acórdão transitado em julgado.		
7	Cópia da Certidão de Trânsito em Julgado, se for o caso.		
8	Cópia da Portaria, Decisão Judicial ou Sentença Transitada em Julgado de militar reintegrado, reincluído ou condenado, se for o caso.		
9	Cópia da Portaria de Reserva e da Ficha de Controle no caso do militar ser da reserva remunerada.		
10	Cópia da Portaria de Reforma, caso o militar já tenha sido reformado		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED – há processo de justiça?		
2	STM – há processo de justiça?		
3	JUSTIÇA FEDERAL – há processo de justiça?		
4	Contracheque - imprimir atualizado		
5	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
6	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
7	Qual (is):		
8	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
-----------------	-------------	--------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?;

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

**Modelo 9 (Check List do Processo de Reforma em decorrência de decisão do Conselho de Disciplina
- Militar da Ativa)**

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	Ficha de Informações com 39 (trinta e nove) itens. (Atenção: preencher de acordo com o constante no Extrato da Ficha Individual do SiCaPEX, Pasta de Habilitação à Pensão Militar e Pasta de Alterações).		
4	Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação (confeccionar de acordo Portaria nº 082-DGP, de 23 ABR 14).		
5	Cópia da carteira de identidade.		
6	Cópia da inscrição no CPF, caso não esteja registrado na identidade.		
7	Cópia da Decisão do Comando Militar de Área.		
8	Cópia do Termo de Renúncia – desconto de 1,5% (hum e meio por cento) para pensão militar, conforme Portaria nº 377 - Cmt Ex, de 7 ABR 20, se for o caso.		
9	Cópia do Termo de Opção da Licença Especial adquirida e não gozada, conforme Portaria nº 348, de 17 JUL 01, se for o caso.		
10	Cópia do Boletim que publicou a solução de sindicância referente ao Termo de Opção de LE ter sido confeccionado fora do prazo previsto na Portaria nº 348-Cmt Ex, de 17 JUL 01, se for o caso.		
11	Original da Certidão expedida pelo INSS, se houver tempo de serviço privado a ser computado (o tempo deverá, obrigatoriamente, estar cadastrado no banco de dados do DGP, pela DCIPAS), se for o caso.		
12	Cópia da Certidão expedida por Órgão Público, se houver tempo de serviço público a ser computado (o tempo deverá, obrigatoriamente, estar cadastrado no banco de dados do DGP, pela DCIPAS), se for o caso.		
13	Cópia de documento comprobatório de homologação, pelo órgão competente (BI ou folha de alteração), de quotas de compensação orgânica, se for o caso.		
14	Cópia de documento comprobatório (BI ou folha de alteração) do não gozo de férias anteriores a 29 DEZ 2000, para ser computado em dobro na inatividade, se for o caso.		

15	Cópia do Boletim da OM que publicou a auditoria na Pasta de Habilitação à Pensão Militar e contracheque.		
----	--	--	--

ANÁLISE DO PROCESSO		FI do PO	OBS
16	Documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) do tempo passado em Guarnição Especial Categoria "A", se for o caso.		
17	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) quando o militar possuir mais de uma data de praça, se for o caso.		
18	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste tempo de LE, LTSPF, LTIP		
19	Cópia de documento comprobatório (BI ou folhas de alterações) que conste o início e o término do curso que gera o maior percentual para fins de Adicional de Habilitação.		
20	Cópia autenticada da Portaria, Decisão Judicial ou Sentença Transitada em Julgado de militar reintegrado, reincluído ou condenado, se for o caso.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED - há processo de justiça?		
2	STM – há processo judicial?		
3	JUSTIÇA FEDERAL – há processo judicial?		
4	Contracheque - imprimir atualizado		
5	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
6	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
7	Qual (is):		
8	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____, “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
-----------------	-------------	--------------

- Observações:**
- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
 - b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?;
 - c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações e assinou a Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação?; e
 - d. O Cmt/Ch/Dir da OM atestou que as informações prestadas na Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação são verdadeiras?

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 10 (Check List do Processo de Reforma por decisão do Conselho de Disciplina - Militar da Reserva Remunerada ou Reformado)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM				

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	Ficha de Informações.		
4	Cópia da carteira de identidade.		
5	Cópia da inscrição no CPF, caso não esteja registrado na identidade.		
6	Cópia da Decisão do Comando Militar de Área.		
7	Cópia da Portaria, Decisão Judicial ou Sentença Transitada em Julgado de militar reintegrado, reincluído ou condenado, se for o caso.		
8	Cópia da Portaria de Reserva e da Ficha de Controle no caso do militar ser da reserva remunerada.		
9	Cópia da Portaria de Reforma, caso o militar já tenha sido reformado		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED – há processo de justiça?		
2	STM – há processo de justiça?		
3	JUSTIÇA FEDERAL – há processo de justiça?		
4	Contracheque - imprimir atualizado		
5	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
6	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
7	Qual (is):		
8	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército". _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
------------------------	--------------------	---------------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?;

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 11 (Check List do Processo de Revisão de Reforma para fins de Retorno ao Serviço Ativo – A Pedido)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	Requerimento de Revisão de Reforma.		
4	Informação do requerimento.		
5	Cópia da Portaria de Reforma e da Ficha de Controle.		
6	Cópia da Carteira de Identidade.		
7	Cópia da Inscrição no CPF caso não esteja registrado na identidade.		
8	Ata(s) de inspeção de saúde, acompanhada(s) da documentação nosológica completa e atualizada que comprove o diagnóstico.		
9	Ata da JISR devidamente homologada.		
10	Parecer Técnico sobre as perícias médicas realizadas, devidamente homologado.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED – há processo de justiça?		
2	STM – há processo judicial?		
3	JUSTIÇA FEDERAL – há processo judicial?		
4	Contracheque - imprimir atualizado		
5	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
6	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
7	Qual (is):		
8	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão n° _____ de _____ de 201____, da _____. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército". _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente n° _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
------------------------	--------------------	---------------------

Observações:

- As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a informação do Requerimento?; e
- O interessado assinou o Requerimento e a informação do Requerimento?

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 12 (Check List do Processo de Revisão de Reforma para fins de Retorno ao Serviço Ativo de ofício)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	Check List.		
3	DIEx proposta de Revisão de Reforma		
4	Ficha de Informações		
5	Cópia da Portaria de Reforma e da Ficha de Controle.		
6	Cópia da Carteira de Identidade.		
7	Cópia da Inscrição no CPF caso não esteja registrado na identidade.		
8	Ata(s) de inspeção de saúde, acompanhada(s) da documentação nosológica completa e atualizada que comprove o diagnóstico.		
9	Ata da JISR devidamente homologada.		
10	Parecer Técnico sobre as perícias médicas realizadas, devidamente homologado.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED - há processo de justiça?		
2	STM – há processo judicial?		
3	JUSTIÇA FEDERAL – há processo judicial?		
4	Contracheque - imprimir atualizado		
5	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
6	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
7	Qual (is):		
8	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____, “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
-----------------	-------------	--------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a informação do Requerimento?; e
- c. O interessado assinou o Requerimento e a informação do Requerimento?

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 13 (Check List do Processo de Auxílio-Invalidez)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa		
2	Check List		
3	Requerimento		
4	Informação do requerimento.		
5	Cópia da Portaria de Reforma e da Ficha de Controle ou da Portaria de Reforma por idade-limite, se for o caso.		
6	Cópia da Carteira de Identidade.		
7	Cópia da Inscrição no CPF caso não esteja registrado na identidade.		
8	Ata(s) de inspeção de saúde, acompanhada(s) da documentação nosológica completa e atualizada que comprove o diagnóstico.		
9	Ata da JISR devidamente homologada.		
10	Parecer Técnico sobre as perícias médicas realizadas, devidamente homologadas.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED 1		
2	Contracheque - imprimir atualizado		
3	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
4	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
5	Qual (is):		
6	Providência(s)		

Comentado [p1]: Verificar: Itens diferentes dos modelos dos anexos anteriores. Faltam STM e JUSTIÇA FEDERAL. Não há pergunta quanto à existência de processos de justiça.

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
------------------------	--------------------	---------------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?; e
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 14 (Check List do Processo de Revisão do Auxílio-Invalidez)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa		
2	Check List		
3	DIEx proposta ou Requerimento		
4	Informação do requerimento, se for o caso.		
5	Ficha de Informações		
6	Cópia da Portaria de Reforma e da Ficha de Controle ou da Portaria de Reforma por idade-limite, se for o caso.		
7	Cópia da Portaria de concessão do Auxílio-Invalidez.		
8	Cópia da Carteira de Identidade.		
9	Cópia da Inscrição no CPF caso não esteja registrado na identidade.		
10	Declaração de que não exerce Atividade remunerada pública ou privada.		
11	Ata(s) de inspeção de saúde, acompanhada(s) da documentação nosológica completa e atualizada que comprove o diagnóstico.		
12	Ata da JISR devidamente homologada.		
13	Parecer Técnico sobre as perícias médicas realizadas, devidamente homologadas.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED – há processo de justiça?		
2	Contracheque - imprimir atualizado		
3	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
4	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
5	Qual (is):		
6	Providência(s)		

Comentado [p2]: Verificar: Itens diferentes dos modelos dos anexos anteriores. Não há pergunta quanto à existência de processos de justiça . Faltam STM e JUSTIÇA FEDERAL.

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
-----------------	-------------	--------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?; e
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 15 (Check List do Processo de Isenção do Recolhimento Imposto de Renda)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa		
2	Check List		
3	Requerimento		
4	Informação do requerimento.		
5	Cópia da Portaria de Reforma e da Ficha de Controle ou da Portaria de Reforma por idade-limite, se for o caso.		
6	Cópia da Carteira de Identidade.		
7	Cópia da Inscrição no CPF caso não esteja registrado na identidade.		
8	Ata(s) de inspeção de saúde, acompanhada(s) da documentação nosológica completa e atualizada que comprove o diagnóstico.		
9	Ata da JISR devidamente homologada.		
10	Parecer Técnico sobre as perícias médicas realizadas, devidamente homologadas.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED – há processo de justiça?		
2	Contracheque - imprimir atualizado		
3	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
4	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
5	Qual (is):		
6	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____. “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
------------------------	--------------------	---------------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?; e
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 16 (Check List do Processo de Revisão da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM	

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa		
2	Check List		
3	Ficha de Informações		
4	DIEx proposta ou Requerimento		
5	Informação do requerimento, se for o caso.		
6	Cópia da Carteira de Identidade.		
7	Cópia da Inscrição no CPF caso não esteja registrado na identidade.		
8	Cópia da Portaria de Reforma e da Ficha de Controle ou da Portaria de Reforma por idade-limite, se for o caso.		
9	Cópia da Portaria de Concessão da Isenção do Imposto de Renda, se for o caso.		
10	Cópia da publicação em DOU do Ato Declaratório PGFN nº 5, de 3 MAIO 16, publicado no DOU nº 223, de 22 NOV 16.		

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED – há processo de justiça?		
2	Contracheque - imprimir atualizado		
3	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
4	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
5	Qual (is):		
6	Providência(s)		

PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____, “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército”. _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
-----------------	-------------	--------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?; e
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM				

PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		F1 do PO	OBS
1	Capa do processo		
2	<i>Check List</i>		
3	Cópia da carteira de identidade militar		
4	Cópia do comprovante de inscrição no CPF, nos casos em que não estiver registrado na carteira de identidade militar		
5	Cópia da Portaria de transferência para a reserva remunerada		
6	Cópia da Ficha de Controle da reserva remunerada		
7	Cópia da Ficha de Informações (anexa ao processo de transferência para a reserva remunerada) ou ao Processo de Reforma por incapacidade física.		

Modelo 18 (*Check List* do Processo de Outros Assuntos)

VISTO Cmt/Ch/Dir

OM ORIGEM				
PREC-CP	PG	NOME COMPLETO	Nr Idt	CPF

ANÁLISE DO PROCESSO		Fl do PO	OBS
1	Capa do Processo.		
2	<i>Check List.</i>		
3	Requerimento.		
4	Informação do requerimento.		
5	Cópia das Folhas de Alterações do interessado, onde conste a comprovação do assunto requerido.		
6	Cópia do certificado de conclusão de curso.		
7	Cópia da Certidão de Nascimento/Casamento de inteiro teor.		
8	Cópia de documento que comprove número de quotas e posto e graduação a que faz jus.		
9	Cópia da carteira de identidade militar.		
10	Cópia da Portaria de Reforma.		
11	Cópia da Ficha de Controle da Reforma.		
12	Cópia do processo de reforma, se for o caso.		

Observações:

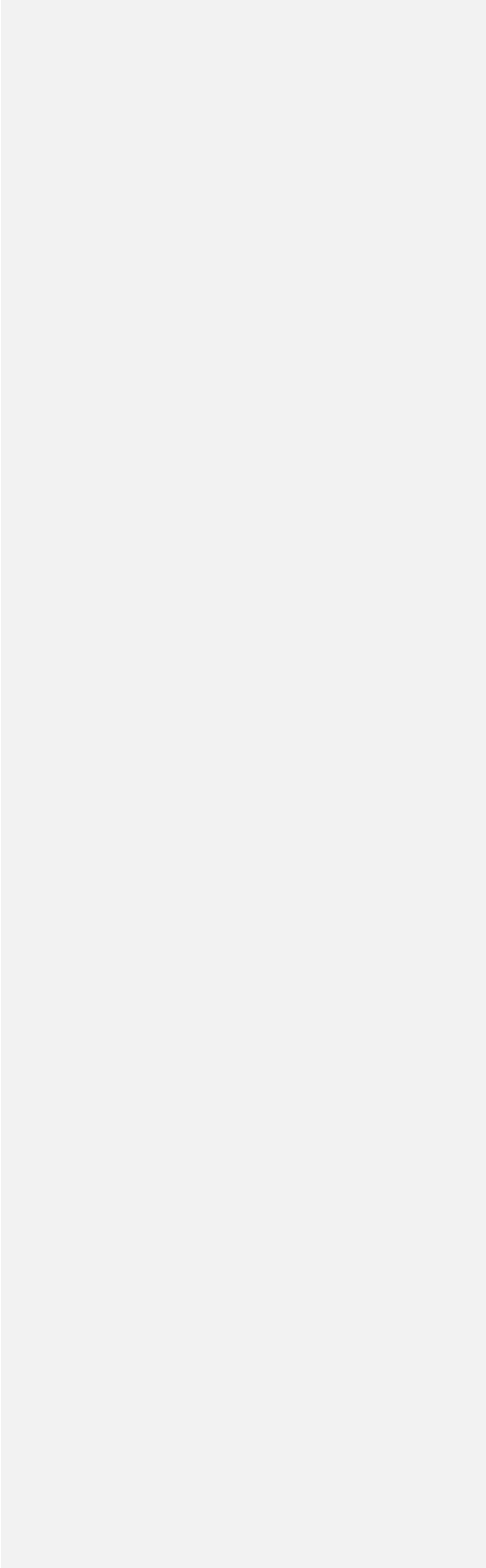
- a. o interessado assinou o requerimento?;
- b. as folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?; e
- c. o Ch/SSIP/OP assinou a Informação?.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PARA USO EXCLUSIVO DA SSIP

Nº DO PROCESSO

PESQUISAS PRÉVIA		Folha do PO	OBS
1	SPED – há processo de justiça?		
2	Contracheque - imprimir atualizado		
3	Ficha Cadastro - imprimir atualizada		
CONCLUSÃO		Folha do PO	OBS
4	Faltou documento(s) /informação (ões) necessário(s) (a) ao Processo?		
5	Qual (is):		
6	Providência(s)		



PARECER DA SEÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSOS DA SSIP		
Port: _____ FC: _____ Desp: _____ DOU: _____ DIEx: _____ P/G Inat: _____ Cota Soldo: _____ Cód Base Calc: _____ Reforma enquadrada no inciso _____ do art. 108 - Obs: Parecer da _____, conforme a Sessão nº _____ de _____ de 201____, da _____. "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército". _____ Inválido. _____ necessita de internação especializada e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados de enfermagem. _____ faz jus a isenção do Imposto de Renda. - _____ faz jus ao Auxílio-Invalidez.		
Banco : _____ - Agência: _____ - Conta Corrente nº _____		
Ficará vinculado a(o) OP _____		

Analista: _____	Data: _____	Visto: _____
------------------------	--------------------	---------------------

Observações:

- a. As folhas estão numeradas e rubricadas pelo militar que confeccionou o processo?;
- b. O Cmt/Ch/Dir da OM rubricou todas as folhas e assinou a última página da Ficha de Informações?; e
- c. O interessado deu o ciente na última página da Ficha de Informações.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Modelo 19 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de Militar da Ativa)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

**FICHA DE INFORMAÇÕES
REFORMA DE MILITAR DA ATIVA**

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. QUADRO, ARMA, SERVIÇO OU QM: _____.

3. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____ 6. PREC/CP: _____.

7. DATA(S) DE PRAÇA:

a. 1ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

b. 2ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

c. 3ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

- Verificar se a(s) data(s) de Praça(s) está(ão) cadastrada(s) corretamente no SiCaPEx.
- Não preencher a data do término do militar do serviço ativo, reservado à SSIP.
- Anexar cópia do BI ou alterações quando o militar possuir mais de uma data de praça.

8. O MILITAR FOI REINTEGRADO OU REINCLUÍDO AO SERVIÇO ATIVO POR DECISÃO JUDICIAL?

SIM (___) - NÃO (___)

Anexar ao processo a cópia autenticada da Portaria ou Decisão Judicial).

9. DATA E LOCAL DE NASCIMENTO: ___/___/___ EM _____

10. CURSO MILITAR QUE GERA O MAIOR PERCENTUAL DO ADICIONAL DE HABILITAÇÃO (OBRIGATÓRIO O SEU PREENCHIMENTO)

Código

Curso

Data de conclusão

O curso obrigatoriamente deverá estar cadastrado no SiCaPEX.

11. DATA DA ÚLTIMA PROMOÇÃO: ____/____/____.

12. TEMPO GOZADO EM LICENÇA ESPECIAL

____ anos ____ meses ____ dias.

Anexar cópia das alterações com início e término da LE.

13. FEZ A OPÇÃO DAS LE ADQUIRIDAS E NÃO GOZADAS ATÉ 29 DEZ 2000, DA SEGUINTE FORMA (DE ACORDO COM O TERMO DE OPÇÃO)

a. ____ período(s) deve(m) ser convertido(s) em pecúnia, por ocasião de meu falecimento na inatividade.

b. ____ período(s) deve(m) ser reservado(s) para ser(em) gozado(s) e, caso não seja(m) gozado(s), deverá (ão) ser contado(s) em dobro na minha passagem à inatividade remunerada, para todos os efeitos legais.

c. ____ período(s) deve(m) ser utilizado(s) para a contagem em dobro na minha passagem à inatividade remunerada e para o cômputo dos anos de serviço.

Assinalar a opção conforme consta do Termo de Opção da LE. Caso o Termo de Opção do militar tenha sido extraviado e/ou não tenha sido confeccionado na época oportuna, o Cmt, Ch ou Dir deverá mandar instaurar a competente Sindicância, a fim de apurar os fatos e emitir novo Termo de Opção, com data atualizada, anexando ao presente processo cópia do BI que publicou a solução da Sindicância.

14. TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO E/OU PRIVADO

a. **Público** (de acordo com a Port nº 119-DGP, de 3 MAI 19)

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Tempo de serviço público averbado: ____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____ , de ____/____/____

- Órgão onde prestou o serviço averbado: _____.

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

b. **Privado**

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Tempo de serviço privado averbado: ____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____ de ____/____/____

(Obs: Anexar ao processo o original da Certidão de Tempo de Contribuição e/ou a emitida eletronicamente pelo Instituto Nacional do Seguro Social – INSS (com QR CODE)

15. TEMPO ACADÊMICO

- Somente p/ Of do Sv de Saúde, Veterinários, QCO e Capelães - até 29 DEZ 2000.

- Curso: _____

- Início do curso: ____/____/____ Término do curso: ____/____/____

(Conforme Histórico Escolar).

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº _____, de ____/____/____.

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

16. TEMPO PASSADO COMO ALUNO, EM ÓRGÃO DE FORMAÇÃO DA RESERVA

_____ anos _____ meses _____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº _____, de ____/____/____

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

17. FÉRIAS NÃO GOZADAS A SEREM COMPUTADAS EM DOBRO NA INATIVIDADE

- Adquiridas até **29 DEZ 2000**

- Ano: _____ nº de dias: _____ Motivo: _____

- Boletim que publicou o ato: _____

Anexar documento comprobatório.

18. TEMPO PASSADO EM GUARNIÇÃO ESPECIAL (CATEGORIA "A")

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

(Relacionar de acordo com as alterações do militar e/ou Ficha Cadastro do DGP/SiCaPEX).

(Obs: anexar cópia das alterações).

19. TEMPO GOZADO EM LTIP

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ = _____ anos _____ meses _____ dias

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ = _____ anos _____ meses _____ dias

20. TEMPO GOZADO EM LTSPF

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ = _____ anos _____ meses _____ dias

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ = _____ anos _____ meses _____ dias

21. SENTENÇA TRANSITADA EM JULGADO

- Tempo não computado decorrido em cumprimento de pena de suspensão do exercício do posto ou graduação ou em cumprimento de pena restritiva da liberdade por sentença transitada em julgado.

- Foi condenado? SIM (____) - NÃO (____) Qual o período do cumprimento da pena?

_____.

(Obs: anexar cópia da sentença).

22. DESERÇÃO OU AUSÊNCIA

SIM (____) - NÃO (____)

início ____/____/____ término ____/____/____

23. PROCESSO NA JUSTIÇA PLEITEANDO REFORMA

Houve decisão de mérito concedendo a reforma? SIM () NÃO ()

Houve Trânsito em julgado? SIM () NÃO ()

Obs: anexar cópia da documentação judicial (petição inicial, sentença, recursos, certidões, etc..)

24. TEMPO NÃO COMPUTADO

a. Decorrido em cumprimento de pena de suspensão do exercício do posto ou graduação

SIM () NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

b. Em cumprimento de pena restritiva de liberdade por sentença transitada em julgado

SIM () NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

25. ADICIONAL DE COMPENSAÇÃO ORGÂNICA (anexar documento comprobatório)

a. Paraquedista Militar

- Faz jus a _____ quota(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(Posto/Grad em que executou a última prova).

b. Horas de voo homologadas

- Deslocamento em aeronave militar a serviço - até MAR 1976.
- Possui _____ horas e _____ minutos de voo homologadas pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(Posto/Grad em que executou a última prova)

c. Operador de Raios-X, cadastrado

- Faz jus à _____ quota(s) homologada(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____ (último posto ou graduação em que operou com Raios-X).

d. Tripulante Orgânico

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

e. Observador Meteorológico

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

f. Observador Aéreo

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

g. Fotogrametrista

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

h. Controlador de Tráfego Aéreo

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

i. Escafandrista

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

26. ESTADO CIVIL: _____.

- Opções: solteiro(a), casado(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a).

27. RELAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE:

a. Salário-Família

NOME	GRAU DE DEPENDÊNCIA
Total de dependentes:	

b. Imposto de Renda

NOME	GRAU DE DEPENDÊNCIA
Total de dependentes:	

28. CONTRIBUIÇÃO QUE DESCONTA, NA ATIVA, PARA PENSÃO MILITAR

- Um posto ou graduação acima: SIM () - NÃO ()
- Dois postos ou graduações acima: SIM () - NÃO ()
- Mesmo posto ou graduação: SIM () - NÃO ()

29. A OM ONDE DESEJA SER VINCULADO NA INATIVIDADE

(Obs: certificar-se de que a OM indicada é de fato Órgão Pagador de Inativos e Pensionistas, acessando o link da DCIPAS, no site do DGP <http://www.dcipas.cb.mil.br/index.php/relacao-sip-rm>).

- OM: _____.
- CÓDIGO: _____.
- CIDADE/UF: _____.

30. AGREGAÇÃO

Nº e Data do Boletim da DCEM ou RM, que publicou a agregação do militar.
Bol nº _____, de ____/____/____ da DCEM ou RM
(Obs: Anexar cópia do documento comprobatório)

31. DADOS DO MILITAR NA INATIVIDADE PARA CONTATO (todos os itens são obrigatórios)

- Logradouro: _____
- Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
- E-mail: _____
- Telefone de contato – fixo (____) _____ e celular (____) _____

32. RESULTADO DA AUDITORIA NA PHPM E O CONTRACHEQUE

- BI da OM que publicou o resultado da auditoria na PHPM e no contracheque:
- Bol Int nº _____ Data ____/____/____.

33. ADICIONAL DE PERMANÊNCIA

- Percebe na ativa o adicional de permanência no percentual de ____%.

34. DATA EM QUE COMPLETOU OS 720 DIAS APÓS HAVER COMPLETADO O TEMPO MÍNIMO REQUERIDO PARA A TRANSFERÊNCIA À INATIVIDADE REMUNERADA, PARA FINS DE ADICIONAL DE PERMANÊNCIA, SE FOR O CASO ____/____/____.

35. DATAS DE TODAS AS PROMOÇÕES, APÓS 29 DEZ 2000

- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.
- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.
- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.

36. CONTRIBUI COM 1,5% (UM VÍRGULA CINCO POR CENTO) PARA A MANUTENÇÃO DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS NA LEI Nº 3.765/60 SIM(____) NÃO(____).

(caso negativo, obrigatório anexar termo de renúncia ao desconto de 1,5%)

(caso o Termo de Renúncia do militar tenha sido extraviado, o Cmt, Ch ou Dir deverá mandar instaurar a competente Sindicância, a fim de apurar os fatos e emitir novo Termo de Renúncia, com base nas alterações do militar, com data atualizada, anexando ao presente processo cópia do BI que publicou a solução da Sindicância.

37. CONTATO DA OM/SEÇÃO QUE CONFECCIONOU FICHA INFORMAÇÃO/PROCESSO

Ritex: _____ Fixo:(____) _____ Fax: (____) _____
E-mail: _____ Pessoa de Contato: _____

38. O MILITAR POSSUI ALGUM SAQUE DE PAGAMENTO POR DECISÃO JUDICIAL (BENEFÍCIO OU DESCONTO)?

(____)SIM (____)NÃO

Se, "Sim", informar:

Código de Pagamento: _____ Valor: _____ Prazo: _____

Obs: Anexar cópia da decisão judicial ao processo.

39. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

Observações:

- Os espaços não preenchidos devem ser inutilizados ("xxxxxxx"), exceto opções "Sim" ou "Não".
- O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- Esta Ficha de Informações (FI) terá a última página assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado, e as demais rubricadas.

Modelo 20 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de Militar da Reserva Remunerada)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES
REFORMA DE MILITAR DA RESERVA REMUNERADA

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____

6. PREC/CP: _____.

6. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A TRANSFERÊNCIA PARA A RESERVA REMUNERADA _____.

7. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A REFORMA
_____.

8. DATA DO DESLIGAMENTO DO SERVIÇO ATIVO
_____.

9. TELEFONE DE CONTATO DO MILITAR:
_____.

10. OP ATUAL DE VINCULAÇÃO: _____.

11. CODOM OP VINCULAÇÃO:
_____.

12. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

- a. O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- b. Esta Ficha de Informações (FI) será assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado.

prevista no Código Penal Militar - Militar da Ativa)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES

REFORMA DE MILITAR EM DECORRENCIA DE PENA PREVISTA NO CÓDIGO PENAL MILITAR – MILITAR DA ATIVA

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. QUADRO, ARMA, SERVIÇO OU QM: _____.

3. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____

6. PREC/CP: _____.

7. DATA(S) DE PRAÇA:

a. 1ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

b. 2ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

c. 3ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

- Verificar se a(s) data(s) de Praça(s) está(ão) cadastrada(s) corretamente no SiCaPEx.

- Não preencher a data do término do militar do serviço ativo, reservado à SSIP.

- Anexar cópia do BI ou alterações quando o militar possuir mais de uma data de praça.

8. O MILITAR FOI REINTEGRADO OU REINCLUÍDO AO SERVIÇO ATIVO POR DECISÃO JUDICIAL?

SIM (____) - NÃO (____)

Anexar ao processo a cópia autenticada da Portaria ou Decisão Judicial).

9. DATA E LOCAL DE NASCIMENTO: ___/___/___ EM _____

10. CURSO MILITAR QUE GERA O MAIOR PERCENTUAL DO ADICIONAL DE HABILITAÇÃO (OBRIGATÓRIO O SEU PREENCHIMENTO)

Código

Curso

Data de conclusão

O curso obrigatoriamente deverá estar cadastrado no SiCaPEX.

11. DATA DA ÚLTIMA PROMOÇÃO: ____/____/____.

12. TEMPO GOZADO EM LICENÇA ESPECIAL
____ anos ____ meses ____ dias.

Anexar cópia das alterações.

13. FEZA OPÇÃO DAS LE ADQUIRIDAS E NÃO GOZADAS ATÉ 29 DEZ 2000, DA SEGUINTE FORMA (DE ACORDO COM O TERMO DE OPÇÃO)

a. ____ período(s) deve(m) ser convertido(s) em pecúnia, por ocasião de meu falecimento na inatividade.

b. ____ período(s) deve(m) ser reservado(s) para ser(em) gozado(s) e, caso não seja(m) gozado(s), deverá (ão) ser contado(s) em dobro na minha passagem à inatividade remunerada, para todos os efeitos legais.

c. ____ período(s) deve(m) ser utilizado(s) para a contagem em dobro na minha passagem à inatividade remunerada e para o cômputo dos anos de serviço.

Assinalar a opção conforme consta do Termo de Opção da LE. Caso o Termo de Opção do militar tenha sido extraviado e/ou não tenha sido confeccionado na época oportuna, o Cmt, Ch ou Dir deverá mandar instaurar a competente Sindicância, a fim de apurar os fatos e emitir novo Termo de Opção, com data atualizada, anexando ao presente processo cópia do BI que publicou a solução da Sindicância.

14. TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO E/OU PRIVADO

a. **Público** (de acordo com a Port nº 146-DGP, de 9 JUL 2015)

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Tempo de serviço público averbado: ____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____, de ____/____/____

- Órgão onde prestou o serviço averbado: _____

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

b. **Privado**

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Tempo de serviço privado averbado: ____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____ de ____/____/____

(Obs: anexar ao processo a certidão original fornecida pelo INSS e o referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS).

15. TEMPO ACADÊMICO

- Somente p/ Of do Sv de Saúde, Veterinários, QCO e Capelães - até 29 DEZ 2000.

- Curso: _____

- Início do curso: ____/____/____ Término do curso: ____/____/____

(Conforme Histórico Escolar).

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº _____, de ____/_____/_____.

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

16. TEMPO PASSADO COMO ALUNO, EM ÓRGÃO DE FORMAÇÃO DA RESERVA

____ anos _____ meses _____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº _____, de ____/_____/_____

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

17. FÉRIAS NÃO GOZADAS A SEREM COMPUTADAS EM DOBRO NA INATIVIDADE

- Adquiridas até **29 DEZ 2000**

- Ano: _____ nº de dias: _____ Motivo: _____

- Boletim que publicou o ato: _____

Anexar documento comprobatório.

18. TEMPO PASSADO EM GUARNIÇÃO ESPECIAL (CATEGORIA "A")

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

(Relacionar de acordo com as alterações do militar e/ou Ficha Cadastro do DGP/SiCaPEX).

(Obs: anexar cópia das alterações).

19. TEMPO GOZADO EM LTIP

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - ____ anos _____ meses _____ dias

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - ____ anos _____ meses _____ dias

20. TEMPO GOZADO EM LTSPF

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - ____ anos _____ meses _____ dias

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - ____ anos _____ meses _____ dias

21. SENTENÇA TRANSITADA EM JULGADO

- Tempo não computado decorrido em cumprimento de pena de suspensão do exercício do posto ou graduação ou em cumprimento de pena restritiva da liberdade por sentença transitada em julgado.

- Foi condenado? SIM (____) - NÃO (____) Qual o período do cumprimento da pena? _____

(Obs: anexar cópia da sentença).

22. DESERÇÃO OU AUSÊNCIA

SIM (____) - NÃO (____)

início ____/____/____ término ____/____/____

23. PROCESSO NA JUSTIÇA PLEITEANDO REFORMA

Houve decisão de mérito concedendo a reforma? SIM () NÃO ()

Houve Trânsito em julgado? SIM () NÃO ()

(Obs: anexar cópia da documentação judicial (petição inicial, sentença, recursos, certidões, etc..))

24. TEMPO NÃO COMPUTADO

a. Decorrido em cumprimento de pena de suspensão do exercício do posto ou graduação

SIM () NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

b. Em cumprimento de pena restritiva de liberdade por sentença transitada em julgado
SIM () NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

25. ADICIONAL DE COMPENSAÇÃO ORGÂNICA (anexar documento comprobatório)

a. Paraquedista Militar

- Faz jus a ____ quota(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(Posto/Grad em que executou a última prova).

b. Horas de voo homologadas

- Deslocamento em aeronave militar a serviço - **até MAR 1976**.
- Possui ____ horas e ____ minutos de voo homologadas pelo DGP.
- Faz jus a ____ quota(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(Posto/Grad em que executou a última prova)

c. Operador de Raios-X, cadastrado

- Faz jus à ____ quota(s) homologada(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(último posto ou graduação em que operou com Raios-X).

d. Tripulante Orgânico

- Possui ____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a ____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____. (Posto/Grad) em que executou a última prova).

e. Observador Meteorológico

- Possui ____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a ____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____. (Posto/Grad em que executou a última prova).

f. Observador Aéreo

- Possui ____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a ____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____. (Posto/Grad em que executou a última prova).

g. Fotogrametrista

- Possui ____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a ____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____. (Posto/Grad em que executou a última prova).

h. Controlador de Tráfego Aéreo

- Possui ____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a ____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____. (Posto/Grad em que executou a última prova).

i. Escafandrista

- Possui ____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a ____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____. (Posto/Grad em que executou a última prova).

26. ESTADO CIVIL: _____.

- **Opções: solteiro(a), casado(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a).**

27. RELAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE:**a. Salário-Família**

NOME	GRAU DE DEPENDÊNCIA
Total de dependentes:	

b. Imposto de Renda

NOME	GRAU DE DEPENDÊNCIA
Total de dependentes:	

28. CONTRIBUIÇÃO QUE DESCONTA, NA ATIVA, PARA PENSÃO MILITAR

- Um posto ou graduação acima: SIM () - NÃO ()
Dois postos ou graduações acima: SIM () - NÃO ()
Mesmo posto ou graduação: SIM () - NÃO ()

29. A OM (SE FOR ÓRGÃO PAGADOR) OU SIP ONDE DESEJA SER VINCULADO NA INATIVIDADE

- OM: _____
- CÓDIGO: _____
- CIDADE/UF: _____

(Obs: certificar-se de que a OM indicada é de fato Órgão Pagador, acessando o link da DCIPAS, no site do DGP, <http://dcipas.dgp.eb.mil.br/index.php/relacao-sip-opip>).

30. AGREGAÇÃO

- Nº e Data do Boletim da DCEM ou RM, que publicou a agregação do militar.
Bol nº _____, de ____/____/____ da DCEM ou RM
(Obs: Anexar cópia do documento comprobatório)

31. DADOS DO MILITAR NA INATIVIDADE PARA CONTATO (todos os itens são obrigatórios)

- Logradouro: _____
- Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
- E-mail: _____
- Telefone de contato – fixo (____) _____ e celular (____) _____

32. RESULTADO DA AUDITORIA NA PHPM E O CONTRACHEQUE

- BI da OM que publicou o resultado da auditoria na PHPM e no contracheque:
- Bol Int nº ____ Data ____/____/____.

33. ADICIONAL DE PERMANÊNCIA

- Percebe na ativa o adicional de permanência no percentual de ____ %.

34. DATA EM QUE COMPLETOU OS 720 DIAS APÓS HAVER COMPLETADO O TEMPO MÍNIMO REQUERIDO PARA A TRANSFERÊNCIA À INATIVIDADE REMUNERADA, PARA FINS DE ADICIONAL DE PERMANÊNCIA, SE FOR O CASO ____/____/____.

35. DATAS DE TODAS AS PROMOÇÕES, APÓS 29 DEZ 2000

- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.
- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.
- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.

36. CONTRIBUI COM 1,5% (UM VÍRGULA CINCO POR CENTO) PARA A MANUTENÇÃO DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS NA LEI Nº 3.765/60 SIM(____) NÃO(____).

(caso negativo, obrigatório anexar termo de renúncia ao desconto de 1,5%)

(caso o Termo de Renúncia do militar tenha sido extraviado, o Cmt, Ch ou Dir deverá mandar instaurar a competente Sindicância, a fim de apurar os fatos e emitir novo Termo de Renúncia, com base nas alterações do militar, com data atualizada, anexando ao presente processo cópia do BI que publicou a solução da Sindicância).

37. CONTATO DA OM/SEÇÃO QUE CONFECCIONOU FICHA INFORMAÇÃO/PROCESSO

Rítex: _____ Fixo:(____) _____ Fax:(____) _____
E-mail: _____ Pessoa de Contato: _____

38. O MILITAR POSSUI ALGUM SAQUE DE PAGAMENTO POR DECISÃO JUDICIAL (BENEFÍCIO OU DESCONTO)?

(____)SIM (____)NÃO

Se, "Sim", informar:

Código de Pagamento: _____ Valor: _____ Prazo: _____

Obs: Anexar cópia da decisão judicial ao processo.

39. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

Observações:

- Os espaços não preenchidos devem ser inutilizados ("xxxxxxx"), exceto opções "Sim" ou "Não".
- O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- Esta Ficha de Informações (FI) terá a última página assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado, e as demais rubricadas.

Modelo 22 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de militar por decisão do Superior Tribunal Militar – Conselho de Justificação - Militar da Ativa)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES

REFORMA DE MILITAR POR DECISÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL MILITAR –
CONSELHO DE JUSTIFICAÇÃO – MILITAR DA ATIVA

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. QUADRO, ARMA, SERVIÇO OU QM: _____.

3. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____ 6. PREC/CP: _____.

7. DATA(S) DE PRAÇA:

a. 1ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

b. 2ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

c. 3ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

- Verificar se a(s) data(s) de Praça(s) está(ão) cadastrada(s) corretamente no SiCaPEx.
- Não preencher a data do término do militar do serviço ativo, reservado à SSIP.
- Anexar cópia do BI ou alterações quando o militar possuir mais de uma data de praça.

8. O MILITAR FOI REINTEGRADO OU REINCLUÍDO AO SERVIÇO ATIVO POR DECISÃO JUDICIAL?

SIM (____) - NÃO (____)

Anexar ao processo a cópia autenticada da Portaria ou Decisão Judicial).

9. DATA E LOCAL DE NASCIMENTO: ___/___/___ EM _____

10. CURSO MILITAR QUE GERA O MAIOR PERCENTUAL DO ADICIONAL DE HABILITAÇÃO (OBRIGATÓRIO O SEU PREENCHIMENTO)

Código

Curso

Data de conclusão

O curso obrigatoriamente deverá estar cadastrado no SiCaPEX.

11. DATA DA ÚLTIMA PROMOÇÃO: ____/____/____.

12. TEMPO GOZADO EM LICENÇA ESPECIAL

____ anos ____ meses ____ dias.

Anexar cópia das alterações.

13. FEZ A OPÇÃO DAS LE ADQUIRIDAS E NÃO GOZADAS ATÉ 29 DEZ 2000, DA SEGUINTE FORMA (DE ACORDO COM O TERMO DE OPÇÃO)

a. ____ período(s) deve(m) ser convertido(s) em pecúnia, por ocasião de meu falecimento na inatividade.

b. ____ período(s) deve(m) ser reservado(s) para ser(em) gozado(s) e, caso não seja(m) gozado(s), deverá (ão) ser contado(s) em dobro na minha passagem à inatividade remunerada, para todos os efeitos legais.

c. ____ período(s) deve(m) ser utilizado(s) para a contagem em dobro na minha passagem à inatividade remunerada e para o cômputo dos anos de serviço.

Assinalar a opção conforme consta do Termo de Opção da LE. Caso o Termo de Opção do militar tenha sido extraviado e/ou não tenha sido confeccionado na época oportuna, o Cmt, Ch ou Dir deverá mandar instaurar a competente Sindicância, a fim de apurar os fatos e emitir novo Termo de Opção, com data atualizada, anexando ao presente processo cópia do BI que publicou a solução da Sindicância.

14. TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO E/OU PRIVADO

a. Público (de acordo com a Port nº 146-DGP, de 9 JUL 2015)

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Tempo de serviço público averbado: ____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____ de ____/____/____

- Órgão onde prestou o serviço

averbado: _____

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

b. Privado

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Tempo de serviço privado averbado: ____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____ de ____/____/____

(Obs: anexar ao processo a certidão original fornecida pelo INSS e o referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS).

15. TEMPO ACADÊMICO

- Somente p/ Of do Sv de Saúde, Veterinários, QCO e Capelães - até 29 DEZ 2000.

- Curso: _____

- Início do curso: ____/____/____ Término do curso: ____/____/____

(Conforme Histórico Escolar).

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____, de ____/____/____.

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

16. TEMPO PASSADO COMO ALUNO, EM ÓRGÃO DE FORMAÇÃO DA RESERVA

____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____, de ____/____/____

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

17. FÉRIAS NÃO GOZADAS A SEREM COMPUTADAS EM DOBRO NA INATIVIDADE

- Adquiridas até **29 DEZ 2000**

- Ano: _____ nº de dias: ____ Motivo: _____

- Boletim que publicou o ato: _____

Anexar documento comprobatório.

18. TEMPO PASSADO EM GUARNIÇÃO ESPECIAL (CATEGORIA "A")

- Localidade/UF: ____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

- Localidade/UF: ____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

- Localidade/UF: ____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

(Relacionar de acordo com as alterações do militar e/ou Ficha Cadastro do DGP/SiCaPEX).

(Obs: anexar cópia das alterações).

19. TEMPO GOZADO EM LTIP

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - ____ anos ____ meses ____ dias

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - ____ anos ____ meses ____ dias

20. TEMPO GOZADO EM LTSPF

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - ____ anos ____ meses ____ dias

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - ____ anos ____ meses ____ dias

21. SENTENÇA TRANSITADA EM JULGADO

- Tempo não computado decorrido em cumprimento de pena de suspensão do exercício do posto ou graduação ou em cumprimento de pena restritiva da liberdade por sentença transitada em julgado.

- Foi condenado? SIM (____) - NÃO (____) Qual o período do cumprimento da pena? _____

(Obs: anexar cópia da sentença).

22. DESERÇÃO OU AUSÊNCIA

SIM (____) - NÃO (____)

início ____/____/____ término ____/____/____

23. PROCESSO NA JUSTIÇA PLEITEANDO REFORMA

Houve decisão de mérito concedendo a reforma? SIM () NÃO ()

Houve Trânsito em julgado? SIM () NÃO ()

(Obs: anexar cópia da documentação judicial (petição inicial, sentença, recursos, certidões, etc..))

24. TEMPO NÃO COMPUTADO

a. Decorrido em cumprimento de pena de suspensão do exercício do posto ou graduação
SIM () NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

b. Em cumprimento de pena restritiva de liberdade por sentença transitada em julgado
SIM () NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

25. ADICIONAL DE COMPENSAÇÃO ORGÂNICA (anexar documento comprobatório)

a. Paraquedista Militar

- Faz jus a _____ quota(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(Posto/Grad em que executou a última prova).

b. Horas de voo homologadas

- Deslocamento em aeronave militar a serviço - até MAR 1976.
- Possui _____ horas e _____ minutos de voo homologadas pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(Posto/Grad em que executou a última prova)

c. Operador de Raios-X, cadastrado

- Faz jus à _____ quota(s) homologada(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____ (último posto ou graduação em que operou com Raios-X).

d. Tripulante Orgânico

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

e. Observador Meteorológico

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

f. Observador Aéreo

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

g. Fotogrametrista

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

h. Controlador de Tráfego Aéreo

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

i. Escafandrista

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

26. ESTADO CIVIL: _____.

- Opções: solteiro(a), casado(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a).

27. RELAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE:

a. Salário-Família

NOME	GRAU DE DEPENDÊNCIA
Total de dependentes:	

b. Imposto de Renda

NOME	GRAU DE DEPENDÊNCIA
Total de dependentes:	

28. CONTRIBUIÇÃO QUE DESCONTA, NA ATIVA, PARA PENSÃO MILITAR

Um posto ou graduação acima: SIM () - NÃO ()

Dois postos ou graduações acima: SIM () - NÃO ()

Mesmo posto ou graduação: SIM () - NÃO ()

29. A OM (SE FOR ORGÃO PAGADOR) OU SIP ONDE DESEJA SER VINCULADO NA INATIVIDADE

- OM: _____.

- CÓDIGO: _____.

- CIDADE/UF: _____.

(Obs: certificar-se de que a OM indicada é de fato Órgão Pagador, acessando o link da DCIPAS, no site do DGP, <http://dcipas.dgp.eb.mil.br/index.php/relacao-sip-opip>).

30. AGREGAÇÃO

Nº e Data do Boletim da DCEM ou RM, que publicou a agregação do militar.

Bol nº _____, de ____/____/____ da DCEM ou RM

(Obs: Anexar cópia do documento comprobatório)

31. DADOS DO MILITAR NA INATIVIDADE PARA CONTATO (todos os itens são obrigatórios)

-Logradouro: _____

-Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

- E-mail: _____

- Telefone de contato – fixo (____) _____ e celular (____) _____

32. RESULTADO DA AUDITORIA NA PHPM E O CONTRACHEQUE

- BI da OM que publicou o resultado da auditoria na PHPM e no contracheque:

- Bol Int nº _____ Data ____/____/____.

33. ADICIONAL DE PERMANÊNCIA

- Percebe na ativa o adicional de permanência no percentual de ____%.

34. DATA EM QUE COMPLETOU OS 720 DIAS APÓS HAVER COMPLETADO O TEMPO

79/134

MÍNIMO REQUERIDO PARA A TRANSFERÊNCIA À INATIVIDADE REMUNERADA, PARA FINS DE ADICIONAL DE PERMANÊNCIA, SE FOR O CASO ____/____/____.

35. DATAS DE TODAS AS PROMOÇÕES, APÓS 29 DEZ 2000

- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.
- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.
- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.

36. CONTRIBUI COM 1,5% (UM VÍRGULA CINCO POR CENTO) PARA A MANUTENÇÃO DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS NA LEI Nº 3.765/60 SIM(____) NÃO(____).

(caso negativo, obrigatório anexar termo de renúncia ao desconto de 1,5%)

(caso o Termo de Renúncia do militar tenha sido extraviado, o Cmt, Ch ou Dir deverá mandar instaurar a competente Sindicância, a fim de apurar os fatos e emitir novo Termo de Renúncia, com base nas alterações do militar, com data atualizada, anexando ao presente processo cópia do BI que publicou a solução da Sindicância).

37. CONTATO DA OM/SEÇÃO QUE CONFECCIONOU FICHA INFORMAÇÃO/PROCESSO

Ritex: _____ Fixo:(____)
_____ Fax:(____)
E-mail: _____ Pessoa _____ de
Contato: _____

38. O MILITAR POSSUI ALGUM SAQUE DE PAGAMENTO POR DECISÃO JUDICIAL (BENEFÍCIO OU DESCONTO)?

(____)SIM (____)NÃO

Se, "Sim", informar:

Código de Pagamento: _____ Valor: _____ Prazo: _____

Obs: Anexar cópia da decisão judicial ao processo.

39. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

Observações:

- Os espaços não preenchidos devem ser inutilizados ("xxxxxxx"), exceto opções "Sim" ou "Não".
- O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- Esta Ficha de Informações (FI) terá a última página assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado, e as demais rubricadas.

Modelo 23 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de Militar por decisão do Superior Tribunal Militar – Conselho de Justificação - Militar de Reserva Remunerada e Reformado)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES

**REFORMA DE MILITAR POR DECISÃO DO SUPERIOR TRIBUNAL MILITAR –
CONSELHO DE JUSTIFICAÇÃO - MILITAR DE RESERVA REMUNERADA E
REFORMADO**

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____ 6. PREC/CP: _____.

6. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A TRANSFERÊNCIA PARA A
RESERVA REMUNERADA

7. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A REFORMA

8. DATA DO DESLIGAMENTO DO SERVIÇO ATIVO: _____

9. TELEFONE DE CONTATO DO MILITAR: _____

10. OP ATUAL DE VINCULAÇÃO: _____

11. CODOM OP VINCULAÇÃO: _____

12. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

Observações:

- a. O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- b. Esta Ficha de Informações (FI) será assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado.

Disciplina - Militar da Ativa)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES

REFORMA DE MILITAR POR DECISÃO DO CONSELHO DE DISCIPLINA – MILITAR DA ATIVA

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. QUADRO, ARMA, SERVIÇO OU QM: _____.

3. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____

6. PREC/CP: _____.

7. DATA(S) DE PRAÇA:

a. 1ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

b. 2ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

c. 3ª Praça: início: ___/___/___ término: ___/___/___

- Verificar se a(s) data(s) de Praça(s) está(ão) cadastrada(s) corretamente no SiCaPEX.
- Não preencher a data do término do militar do serviço ativo, reservado à SSIP.
- Anexar cópia do BI ou alterações quando o militar possuir mais de uma data de praça.

8. O MILITAR FOI REINTEGRADO OU REINCLUÍDO AO SERVIÇO ATIVO POR DECISÃO JUDICIAL?

SIM (____) - NÃO (____)

Anexar ao processo a cópia autenticada da Portaria ou Decisão Judicial).

9. DATA E LOCAL DE NASCIMENTO: ___/___/___ EM _____

10. CURSO MILITAR QUE GERA O MAIOR PERCENTUAL DO ADICIONAL DE HABILITAÇÃO (OBRIGATÓRIO O SEU PREENCHIMENTO)

Código

Curso

Data de conclusão

O curso obrigatoriamente deverá estar cadastrado no SiCaPEX.

11. DATA DA ÚLTIMA PROMOÇÃO: ____/____/____.

12. TEMPO GOZADO EM LICENÇA ESPECIAL: ____ anos ____ meses ____ dias.

Anexar cópia das alterações.

13. FEZ A OPÇÃO DAS LE ADQUIRIDAS E NÃO GOZADAS ATÉ 29 DEZ 2000, DA SEGUINTE FORMA (DE ACORDO COM O TERMO DE OPÇÃO)

a. ____ período(s) deve(m) ser convertido(s) em pecúnia, por ocasião de meu falecimento na inatividade.

b. ____ período(s) deve(m) ser reservado(s) para ser(em) gozado(s) e, caso não seja(m) gozado(s), deverá (ão) ser contado(s) em dobro na minha passagem à inatividade remunerada, para todos os efeitos legais.

c. ____ período(s) deve(m) ser utilizado(s) para a contagem em dobro na minha passagem à inatividade remunerada e para o cômputo dos anos de serviço.

Assinalar a opção conforme consta do Termo de Opção da LE. Caso o Termo de Opção do militar tenha sido extraviado e/ou não tenha sido confeccionado na época oportuna, o Cmt, Ch ou Dir deverá mandar instaurar a competente Sindicância, a fim de apurar os fatos e emitir novo Termo de Opção, com data atualizada, anexando ao presente processo cópia do BI que publicou a solução da Sindicância.

14. TEMPO DE SERVIÇO PÚBLICO E/OU PRIVADO

a. **Público** (de acordo com a Port nº 146-DGP, de 9 JUL 2015)

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Tempo de serviço público averbado: ____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____ , de ____/____/____

- Órgão onde prestou o serviço averbado: _____

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

b. **Privado**

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Período: início ____/____/____ término ____/____/____

- Tempo de serviço privado averbado: ____ anos ____ meses ____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____ de ____/____/____

(Obs: anexar ao processo a certidão original fornecida pelo INSS e o referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS).

15. TEMPO ACADÊMICO

- Somente p/ Of do Sv de Saúde, Veterinários, QCO e Capelães - até 29 DEZ 2000.

- Curso: _____

- Início do curso: ____/____/____ Término do curso: ____/____/____

(Conforme Histórico Escolar).

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº ____ , de ____/____/____.

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

16. TEMPO PASSADO COMO ALUNO, EM ÓRGÃO DE FORMAÇÃO DA RESERVA

_____ anos _____ meses _____ dias

- Boletim do DGP/DCIPAS ou da OM que averbou: nº _____, de ____/____/____

O referido tempo obrigatoriamente tem que estar averbado/cadastrado pela DCIPAS.

17. FÉRIAS NÃO GOZADAS A SEREM COMPUTADAS EM DOBRO NA INATIVIDADE

- Adquiridas até **29 DEZ 2000**

- Ano: _____ nº de dias: _____ Motivo: _____

- Boletim que publicou o ato: _____

Anexar documento comprobatório.

18. TEMPO PASSADO EM GUARNIÇÃO ESPECIAL (CATEGORIA “A”)

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

- Localidade/UF: _____/____ OM: _____ de ____/____/____ a ____/____/____

(Relacionar de acordo com as alterações do militar e/ou Ficha Cadastro do DGP/SiCaPEX).

(Obs: anexar cópia das alterações).

19. TEMPO GOZADO EM LTIP

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - _____ anos _____ meses _____ dias

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - _____ anos _____ meses _____ dias

20. TEMPO GOZADO EM LTSPF

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - _____ anos _____ meses _____ dias

- Período: início: ____/____/____ término ____/____/____ - _____ anos _____ meses _____ dias

21. SENTENÇA TRANSITADA EM JULGADO

- Tempo não computado decorrido em cumprimento de pena de suspensão do exercício do posto ou graduação ou em cumprimento de pena restritiva da liberdade por sentença transitada em julgado.

- Foi condenado? SIM () - NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

(Obs: anexar cópia da sentença).

22. DESERÇÃO OU AUSÊNCIA

SIM () - NÃO ()

início ____/____/____ término ____/____/____

23. PROCESSO NA JUSTIÇA PLEITEANDO REFORMA

Houve decisão de mérito concedendo a reforma? SIM () NÃO ()

Houve Trânsito em julgado? SIM () NÃO ()

(Obs: anexar cópia da documentação judicial (petição inicial, sentença, recursos, certidões, etc..))

24. TEMPO NÃO COMPUTADO

a. Decorrido em cumprimento de pena de suspensão do exercício do posto ou graduação

SIM () NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

b. Em cumprimento de pena restritiva de liberdade por sentença transitada em julgado
SIM () NÃO () Qual o período do cumprimento da pena? _____

25. ADICIONAL DE COMPENSAÇÃO ORGÂNICA (anexar documento comprobatório)

a. Paraquedista Militar

- Faz jus a _____ quota(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(Posto/Grad em que executou a última prova).

b. Horas de voo homologadas

- Deslocamento em aeronave militar a serviço - até MAR 1976.
- Possui _____ horas e _____ minutos de voo homologadas pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(Posto/Grad em que executou a última prova)

c. Operador de Raios-X, cadastrado

- Faz jus à _____ quota(s) homologada(s) de 1% do soldo do posto ou graduação de _____.
(último posto ou graduação em que operou com Raios-X).

d. Tripulante Orgânico

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

e. Observador Meteorológico

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

f. Observador Aéreo

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

g. Fotogrametrista

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

h. Controlador de Tráfego Aéreo

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

i. Escafandrista

- Possui _____ plano(s) homologado(s) pelo DGP.
- Faz jus a _____ quota(s) de 2% do soldo do posto ou graduação de _____ (Posto/Grad em que executou a última prova).

26. ESTADO CIVIL: _____.

- Opções: solteiro(a), casado(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a).

27. RELAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE:

a. Salário-Família

NOME	GRAU DE DEPENDÊNCIA
Total de dependentes:	

b. Imposto de Renda

NOME	GRAU DE DEPENDÊNCIA
Total de dependentes:	

28. CONTRIBUIÇÃO QUE DESCONTA, NA ATIVA, PARA PENSÃO MILITAR

Um posto ou graduação acima: SIM () - NÃO ()
Dois postos ou graduações acima: SIM () - NÃO ()
Mesmo posto ou graduação: SIM () - NÃO ()

29. A OM (SE FOR ORGÃO PAGADOR) OU SIP ONDE DESEJA SER VINCULADO NA INATIVIDADE

- OM: _____
- CÓDIGO: _____
- CIDADE/UF: _____

(Obs: certificar-se de que a OM indicada é de fato Órgão Pagador, acessando o link da DCIPAS, no site do DGP, <http://dcipas.dgp.eb.mil.br/index.php/relacao-sip-opip>).

30. AGREGAÇÃO

Nº e Data do Boletim da DCEM ou RM, que publicou a agregação do militar.
Bol nº _____, de ____/____/____ da DCEM ou RM
(Obs: Anexar cópia do documento comprobatório)

31. DADOS DO MILITAR NA INATIVIDADE PARA CONTATO (todos os itens são obrigatórios)

-Logradouro: _____
- Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
- E-mail: _____
- Telefone de contato – fixo () _____ e celular () _____

32. RESULTADO DA AUDITORIA NA PHPM E O CONTRACHEQUE

- BI da OM que publicou o resultado da auditoria na PHPM e no contracheque:
- Bol Int nº _____ Data ____/____/____.

33. ADICIONAL DE PERMANÊNCIA

- Percebe na ativa o adicional de permanência no percentual de ____%.

34. DATA EM QUE COMPLETOU OS 720 DIAS APÓS HAVER COMPLETADO O TEMPO MÍNIMO REQUERIDO PARA A TRANSFERÊNCIA À INATIVIDADE REMUNERADA, PARA FINS DE ADICIONAL DE PERMANÊNCIA, SE FOR O CASO ____/____/____.

35. DATAS DE TODAS AS PROMOÇÕES, APÓS 29 DEZ 2000

- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.
- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.
- Posto/Grad: _____ - em ____/____/____.

36. CONTRIBUI COM 1,5% (UM VÍRGULA CINCO POR CENTO) PARA A MANUTENÇÃO DOS BENEFÍCIOS PREVISTOS NA LEI Nº 3.765/60

SIM(____) NÃO(____).

(caso negativo, obrigatório anexar termo de renúncia ao desconto de 1,5%)

(caso o Termo de Renúncia do militar tenha sido extraviado, o Cmt, Ch ou Dir deverá mandar instaurar a competente Sindicância, a fim de apurar os fatos e emitir novo Termo de Renúncia, com base nas alterações do militar, com data atualizada, anexando ao presente processo cópia do BI que publicou a solução da Sindicância.

37. CONTATO DA OM/SEÇÃO QUE CONFECCIONOU FICHA INFORMAÇÃO/PROCESSO

Rítex: _____ Fixo:(____) _____ Fax:(____) _____
E-mail: _____ Pessoa de Contato: _____

38. O MILITAR POSSUI ALGUM SAQUE DE PAGAMENTO POR DECISÃO JUDICIAL (BENEFÍCIO OU DESCONTO)?

(____)SIM (____)NÃO

Se, "Sim", informar:

Código de Pagamento: _____ Valor: _____ Prazo: _____

Obs: Anexar cópia da decisão judicial ao processo.

39. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

Observações:

- Os espaços não preenchidos devem ser inutilizados ("xxxxxxx"), exceto opções "Sim" ou "Não".
- O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- Esta Ficha de Informações (FI) terá a última página assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado, e as demais rubricadas.

Modelo 25 (Modelo de Ficha de Informações – Reforma de Militar por decisão do Conselho de

Disciplina - Militar da Reserva Remunerada e Reformado)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES

REFORMA DE MILITAR POR DECISÃO DO CONSELHO DE DISCIPLINA - MILITAR DA RESERVA REMUNERADA E REFORMADO

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____

6. PREC/CP: _____.

7. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A TRANSFERÊNCIA PARA A RESERVA REMUNERADA _____.

8. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A REFORMA
_____.

9. DATA DO DESLIGAMENTO DO SERVIÇO ATIVO
_____.

10. TELEFONE DE CONTATO DO MILITAR: _____.

11. OP ATUAL DE VINCULAÇÃO: _____.

12. CODOM OP VINCULAÇÃO: _____.

13. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

- a. O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- b. Esta Ficha de Informações (FI) será assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado.

Modelo 26 (Modelo de Ficha de Informações – Revisão de Reforma para fins de Retorno ao Serviço Ativo)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES

REVISÃO DE REFORMA PARA FINS DE RETORNO AO SERVIÇO ATIVO

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____ 6. PREC/CP: _____.

7. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A REFORMA

8. TELEFONE DE CONTATO DO MILITAR:

9. OP ATUAL DE VINCULAÇÃO: _____

10. CODOM OP VINCULAÇÃO: _____

11. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

Observações:

- a. O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- b. Esta Ficha de Informações (FI) será assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado.

Modelo 27 (Modelo de Ficha de Informações – Revisão do Auxílio-Invalidez)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES
REVISÃO DO AUXÍLIO-INVALIDEZ

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.

2. NOME: _____.

4. IDENTIDADE: _____.

5. CPF: _____ 6. PREC/CP: _____.

7. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A REFORMA

8. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A CONCESSÃO DO AUXÍLIO-INVALIDEZ

9. TELEFONE DE CONTATO DO MILITAR: _____

10. OP ATUAL DE VINCULAÇÃO: _____

11. CODOM OP VINCULAÇÃO: _____

12. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

Observações:

- a. O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- b. Esta Ficha de Informações (FI) será assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado.

Modelo 28 (Modelo de Ficha de Informações – Revisão da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

VISTO Cmt/Ch/Dir

FICHA DE INFORMAÇÕES

REVISÃO DA ISENÇÃO DO RECOLHIMENTO DO IMPOSTO DE RENDA

1. POSTO/GRADUAÇÃO: _____.
2. NOME: _____.
4. IDENTIDADE: _____.
5. CPF: _____
6. PREC/CP: _____.
7. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A REFORMA (SE FOR O CASO) _____.
8. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A CONCESSÃO DA ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA
_____.
9. NÚMERO E DATA DA PORTARIA QUE PUBLICOU A REVOGAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA
_____.
10. TELEFONE DE CONTATO DO MILITAR: _____.
11. OP ATUAL DE VINCULAÇÃO: _____.
12. CODOM OP VINCULAÇÃO: _____.

13. OUTRAS INFORMAÇÕES

(Local e data)

(Cmt, Ch ou Dir da OM)

(Ciente do Interessado)

Observações:

- a. O preenchimento desta ficha é de inteira responsabilidade da OM, cabendo ao interessado apor somente o ciente.
- b. Esta Ficha de Informações (FI) será assinada pelo Cmt, Ch ou Dir da OM, com o ciente do interessado.

Modelo 29 (Modelo de Proposta de Reforma por incapacidade física de militar da ativa)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DIEx nº xxx - xxx/xxx/xxxxx
EB: 00000.000000/0000-00 (NUP/NUD)

Local e data.

Do: Comandante, Chefe ou Diretor da OM

Ao: Sr Comandante da ___ Região Militar

Assunto: reforma por incapacidade física de militar da ativa

1. Proponho ao Senhor a reforma “*de officio*” do (posto/graduação, identidade e nome), adido/agregado a esta Unidade, de acordo com o BI nº ____ de ____ de ____, por ter sido julgado incapaz definitivamente para o serviço ativo do Exército, conforme a Ata do (a) MPGu _____/JISR do(a) _____ na Sessão nº ____, de ____ de _____ de _____.

2. A presente proposta encontra amparo no inciso II, do art. 104, e inciso II, do art. 106, da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980.

Nome completo do Cmt, Ch ou Dir da OM - Posto
CARGO

Modelo 30 (Modelo de Proposta de Reforma por incapacidade física de militar da reserva remunerada)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DIE n° xxx - xxx/xxx/xxxxx

EB: 00000.000000/0000-00 (NUP/NUD)

Local e data.

Do: Comandante, Chefe ou Diretor da OM

Ao: Sr Comandante da ___ Região Militar

Assunto: reforma por incapacidade física de militar da reserva remunerada

1. Proponho ao Senhor a reforma “*de officio*” do (posto/graduação, identidade e nome), vinculado ao Órgão Pagador do(a) _____, transferido para a reserva remunerada por meio da Portaria n° _____, de _____ de _____ de _____, publicada no DOU n° _____ de _____ de _____ de _____, por encontrar-se atualmente na situação de incapacidade definitiva para o serviço ativo do Exército, conforme a Ata do(a) MPGu _____/JISR da _____ na Sessão n° _____, de _____ de _____ de _____.

2. A presente proposta encontra amparo no inciso II, do art. 106, da Lei n° 6.880, de 9 de dezembro de 1980.

Nome completo do Cmt, Ch ou Dir da OM - Posto
CARGO

**Modelo 31 (Modelo de Proposta de Revisão de Reforma para fins de Retorno ao Serviço Ativo de
ofício)**



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DIEx nº xxx - xxx/xxx/xxxxx

EB: 00000.000000/0000-00 (NUP/NUD)

Local e data.

Do: Comandante, Chefe ou Diretor da OM

Ao: Sr Comandante da ___ Região Militar

Assunto: revisão de reforma

1. Proponho ao Senhor a revisão de reforma do (Posto/Graduação, identidade e nome), vinculado ao Órgão Pagador do (a) _____, reformado por incapacidade física por meio da Portaria nº _____, de _____ de _____ de _____, publicada no DOU nº _____ de _____ de _____.

2. A presente proposta encontra amparo no art. 112-A da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980.

Nome completo do Cmt, Ch ou Dir da OM - Posto
CARGO

Modelo 32 (Modelo de Proposta de Revisão do Auxílio-Invalidez)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DIEx nº xxx - xxx/xxx/xxxxx

EB: 00000.000000/0000-00 (NUP/NUD)

Local e data.

Do: Comandante, Chefe ou Diretor da OM

Ao: Sr Comandante da ___ Região Militar

Assunto: revisão do Auxílio-Invalidez

1. Proponho ao Senhor a revisão do Auxílio-Invalidez concedido ao (Posto/Graduação, identidade e nome), vinculado ao Órgão Pagador do (a) _____, por meio da Portaria nº _____, de _____ de _____ de _____, publicada no DOU nº _____ de _____ de _____ de _____.

2. A presente proposta encontra amparo no art. 79 do Decreto nº 4.307, de 18 de julho de 2002.

Nome completo do Cmt, Ch ou Dir da OM - Posto
CARGO

Modelo 33 (Modelo de Proposta de Revisão da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DIEx nº xxx - xxx/xxx/xxxxx

EB: 00000.000000/0000-00 (NUP/NUD)

Local e data.

Do: Comandante, Chefe ou Diretor da OM

Ao: Sr Comandante da ___ Região Militar

Assunto: Revisão da isenção do recolhimento do imposto de renda

1. Proponho ao Senhor a revisão da isenção do recolhimento do imposto de renda concedido ao (Posto/Graduação, identidade e nome), vinculado ao Órgão Pagador do (a) _____, por meio da Portaria nº _____, de _____ de _____ de _____, publicada no DOU nº _____ de _____ de _____ de _____.

2. A presente proposta encontra amparo no Ato Declaratório PGFN nº 5/2015, de 3 de maio de 2016 e no Parecer SEI nº 19/2018/CRJ/PGACET/PGFN-MF

Nome completo do Cmt, Ch ou Dir da OM - Posto
CARGO

Modelo 34 (Modelo de Requerimento de Reforma por Amparo do Estado)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Requerimento

EB: 00000.000000/0000-00

Do: (nome do requerente)

Ao: Sr Comandante da _____ Região Militar

Objeto: Reforma de isentos e reservistas por Amparo do Estado

1. (nome, identidade e CPF), reservista (ou isento), portador do Certificado de Reservista (ou de Isenção) nº _____, expedido pelo (a) (OM), onde prestou o serviço militar no período de (citar o período), (sendo possuidor ou não de Documento Sanitário de Origem), adquirindo naquela ocasião, doença ou moléstia que atualmente o torna impossibilitado de prover os meios de subsistência, requer ao Senhor que lhe conceda reforma.

2. A presente solicitação encontra amparo no § 1º do art. 108, da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980.

3. Declaro residir na (citar o endereço completo, com CEP e telefone).

4. É a primeira (segunda ou terceira) vez que requer.

5. Anexos (se for o caso).

Nestes termos pede deferimento.

Local e data

(nome completo do requerente)

Modelo 35 (Modelo de Requerimento para instauração de Inquérito Sanitário de Origem)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Requerimento

EB: 00000.000000/0000-00

Do: (nome do requerente)

Ao: Sr Comandante da _____ Região Militar

Objeto: Instauração de inquérito sanitário de origem, objetivando reforma

1. (nome, identidade e CPF), reservista (ou isento), portador do Certificado de Reservista (ou de Isenção) nº _____, expedido pelo (a) (OM), onde prestou o serviço militar no período de (citar o período), tendo naquela época, sofrido acidente em serviço, conforme consta de suas alterações e não sendo possuidor de Atestado de Origem, em face do agravamento do seu estado de saúde, requer ao Senhor mandar determinar a instauração de Inquérito Sanitário de Origem, para comprovar que seu estado mórbido atual decorre de doença adquirida em ato de serviço.

2. A presente solicitação encontra amparo na Portaria nº 306-DGP, de 13 de dezembro de 2017.

3. Declaro residir na (citar o endereço completo, com CEP e telefone)

4. É a primeira (segunda ou terceira) vez que requer.

5. Anexos (se for o caso).

Nestes termos pede deferimento.

Local e data

(nome completo do requerente)

Modelo 36 (Modelo de Requerimento de Retorno ao Serviço Ativo)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Requerimento

EB: 00000.000000/0000-00

Do: (Posto/Graduação/nome do requerente)

Ao: Sr Comandante da ____ Região Militar

Objeto: Retorno ao serviço ativo

1. (Nome, identidade), posto ou graduação, vinculado à (ao) (OP de vinculação), reformado por meio da Port nº ____, de ____ de ____ de ____, publicada no DOU nº ____, de ____ de ____ de ____, requer ao Senhor que lhe conceda a revisão de reforma, para fins do retorno ao serviço ativo.

2. A presente solicitação encontra amparo no art. 112, da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980.

3. Declaro residir na (citar o endereço completo, com CEP e telefone)

4. É a primeira (segunda ou terceira) vez que requer.

5. Anexos (se for o caso).

Nestes termos pede deferimento.

Local e data

(nome) – Posto/Grad

Modelo 37 (Modelo de Requerimento de Auxílio-Invalidez)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Requerimento

EB: 00000.000000/0000-00

Do: (Posto/Graduação/nome do requerente)

Ao: Sr Comandante da _____ Região Militar

Objeto: Auxílio-Invalidez

1. (Nome, identidade), posto ou graduação, vinculado à (ao) (OP de vinculação), reformado por meio da Port nº _____, de _____ de _____ de _____, publicada no DOU nº _____, de _____ de _____ de _____ encontrando-se atualmente em situação de invalidez e necessitando de internação especializada ou de assistência direta e permanente ao paciente ou cuidados permanentes de enfermagem, , requer ao Senhor que lhe conceda o benefício do Auxílio-Invalidez.

2. A presente solicitação encontra amparo na Lei nº 11.421, de 21 de dezembro de 2006.

3. Declaro residir na (citar o endereço completo, com CEP e telefone)

4. É a primeira (segunda ou terceira) vez que requer.

5. Anexos (se for o caso).

Nestes termos pede deferimento.

Local e data

(nome) – Posto/Grad

Modelo 38 (Modelo de Requerimento de Revogação do Auxílio-Invalidez)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Requerimento

EB: 00000.000000/0000-00

Do: (Posto/Graduação/nome do requerente)

Ao: Sr Comandante da ____ Região Militar

Objeto: Revogação do Auxílio-Invalidez

1. (Nome, identidade), posto ou graduação, vinculado à (ao) (OP de vinculação), reformado por meio da Port nº ____, de ____ de ____ de ____, publicada no DOU nº ____, de ____ de ____ de ____, requer ao Senhor a revogação do Auxílio-Invalidez, recebido por meio da Portaria nº nº ____, de ____ de ____ de ____, publicada no DOU nº ____, de ____ de ____ de ____, por (não desejar mais receber o benefício) ou (por estar exercendo atividade pública ou privada).

2. É a primeira (segunda ou terceira) vez que requer.

3. Anexos (se for o caso).

Nestes termos pede deferimento.

Local e data

(nome) – Posto/Grad

Modelo 39 (Modelo de Requerimento de Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Requerimento

EB: 00000.000000/0000-00

Do: (Posto/Graduação/nome do requerente)

Ao: Sr Comandante da ____ Região Militar

Objeto: Isenção do recolhimento do imposto de renda

1. (Nome, identidade), posto ou graduação, vinculado à (ao) (OP de vinculação), reformado/transferido para reserva remunerada por meio da Port nº ____, de ____ de ____ de ____, publicada no DOU nº ____, de ____ de ____ de ____ (em decorrência de acidente em serviço ou moléstia profissional ou doença capitulada em Lei), requer ao Senhor que lhe conceda o benefício da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda.

2. A presente solicitação encontra amparo na Lei nº no inciso XIV, do art. 6º, da Lei nº 7.713/88, alterada pelas Leis nº 8.541/92, nº 9.250/95 e nº 11.052/04, combinado com o Ato Declaratório PGFN nº 01/2018.

3. Declaro residir na (citar o endereço completo, com CEP e telefone)

4. É a primeira (segunda ou terceira) vez que requer.

5. Anexos (se for o caso).

Nestes termos pede deferimento.

Local e data

(nome) – Posto/Grad

Modelo 40 (Modelo de Requerimento de Revisão de Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Requerimento

EB: 00000.000000/0000-00

Do: (Posto/Graduação/nome do requerente)

Ao: Sr Comandante da _____ Região Militar

Objeto: Revisão da Isenção do recolhimento do imposto de renda

1. (Nome, identidade), posto ou graduação, vinculado à (ao) (OP de vinculação), reformado/transferido para reserva remunerada por meio da Port nº____, de ____ de ____ de _____, publicada no DOU nº____, de ____ de ____ de _____ (em decorrência de acidente em serviço ou moléstia profissional ou doença capitulada em Lei), requer ao Senhor que lhe conceda o restabelecimento do benefício da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda, suspenso por término do prazo de validade.

2. A presente solicitação encontra amparo no Ato Declaratório PGFN nº 5, de 3 MAI 16, publicado no DOU nº 223, de 22 NOV 16, da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional/Ministério da Fazenda e no Parecer SEI nº 19/2018/CRJ/PGACET/PGFN,-MF, de 21 FEV 18

3. Declaro residir na (citar o endereço completo, com CEP e telefone)

4. É a primeira (segunda ou terceira) vez que requer.

5. Anexos (se for o caso).

Nestes termos pede deferimento.

Local e data

(nome) – Posto/Grad

Modelo 41 (Modelo de Requerimento de Outros Assuntos)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO

(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Requerimento

EB: 00000.000000/0000-00

Do: (posto/grad e nome do requerente)

Ao: Sr Comandante da _____ Região Militar

Objeto: recontagem de tempo de serviço; revisões no Adicional de Habilitação, Recontagem de Tempo de Serviço, Adicional de Compensação Orgânica, Adicional de Permanência; Proventos do posto/graduação superior, Revisão de reforma.

1. Fulano de Tal (identidade), (posto ou graduação), vinculado à _____ (OP) requer ao Senhor (citar o (s) benefício (s) pleiteado(s)).

2. Tal solicitação encontra amparo na (o) (colocar a legislação que ampara o pedido do requerente).

3. Declaro residir na (citar o endereço completo, inclusive telefone, se houver).

4. Anexos: (juntar documentos comprobatórios).

5. É a primeira (segunda ou terceira) vez que requer.

Nestes termos pede deferimento.

Local e data.

(nome e posto ou graduação)

Modelo 42 (Modelo de Informação do Requerimento)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO

(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

Local e data.

Info nº

Do Comandante, Chefe ou Diretor da OM

Ao Sr Comandante da ____ Região Militar

Assunto: informação de requerimento.

1. Requerimento em que o (Posto/Grad/Nome/Identidade), vinculado ao Órgão Pagador do _____ pleiteia _____.

2. INFORMAÇÃO

a. Amparo do Requerente

Está amparado pelo art. ____, da Lei nº ____, de ____ de ____ de _____.

b. Estudo Fundamentado

1) Dados informativos sobre o requerente:

(As informações abaixo são obrigatórias)

- Data de nascimento:

- Data de Praça:

- nº e Data do DOU que publicou a Portaria de reforma.

- Data do Desligamento do Serviço Ativo:

- Endereço:

- Telefone:

2) Apreciação

O requerente pleiteia **(citar o que requer e indicar o fundamento)** _____ havendo coerência entre o que é solicitado e o(s) dispositivo(s) citado(s) como amparo.

3. PARECER

4. O presente requerimento permaneceu ____ dia(s) nesta OM para fins de informação e encaminhamento.

(nome do Cmt, Ch ou Dir da OM e posto)
CARGO

Modelo 43 (Modelo de Documento de remessa de Processo)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DIEx nº xxx - xxx/xxx/xxxxx

EB: 00000.000000/0000-00 (NUP/NUD)

Local e data.

Do: Comandante, Chefe ou Diretor da OM

Ao: Sr Chefe do Estado-Maior da _____ Região Militar

Assunto: (citar o assunto)

Anexo: processo contendo xx (xxxx) folhas

Remeto ao Senhor o processo de (citar o assunto) do (posto ou graduação, identidade e nome), vinculado ao OP do _____, para as providências julgadas necessárias.

(nome do Cmt, Ch ou Dir da OM e posto)
CARGO

Modelo 44 (Modelo de Declaração de Obrigatoriedade de Apresentação)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DECLARAÇÃO DE OBRIGATORIEDADE DE APRESENTAÇÃO

Declaro, a fim de instruir o processo de reforma por incapacidade física, de acordo com o **art. 23, (EB30-IR-50.001)** (Instruções Reguladoras para a Administração de **Civis**, Inativos e Pensionistas do Exército), aprovadas pela **Portaria nº _____-DGP, de _____**, estar ciente de que deverei me apresentar ao meu Órgão Pagador de vinculação, munido de documentos pessoais e de uma fotografia 3X4, dentro do prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após o desligamento do serviço ativo ou do recebimento dos recursos a que tiver direito.

Declaro, ainda, estar ciente de que, caso não atenda às prescrições relativas ao prazo de apresentação, o Comandante, Chefe ou Diretor do Órgão Pagador poderá suspender o pagamento de meus proventos, restabelecendo-os tão logo ocorra a apresentação.

(Local e data)

(nome - posto ou graduação)
(Identidade)

Declaro ser verdadeira e de próprio punho a assinatura do

(Posto/Grad, nome e identidade)

(Local e data)

Nome completo do Cmt, Ch ou Dir da OM - posto
CARGO

Modelo 45 (Modelo de Declaração de ciência de concessão de benefício em caráter condicional)

**DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO EM CARÁTER
CONDICIONAL**

Eu, _____, Identidade _____ e CPF _____
DECLARO que tenho ciência de que se meu benefício **não for concedido definitivamente** no prazo **máximo de 180 dias**, tanto favorável como desfavorável, o mesmo será suspenso naquele prazo;

Se for tornado **favorável de forma definitiva**, pelo Cmt da RM, o pagamento será **restabelecido** a contar da **data que foi suspenso**.

Se for tornado **desfavorável de forma definitiva**, pelo Cmt da RM, terei que **devolver** ao Erário **somente** os 180 (cento e oitenta) dias que recebi em função do benefício requerido não ter preenchida as condições legais para a concessão.

Local e data _____

Assinatura

Modelo 46 (Modelo de Termo de Recusa de Assinatura)

TERMO DE RECUSA DE ASSINATURA

Requerente/Vinculado: _____

Carteira de Identidade: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Responsável legal (se for o caso) : _____

Carteira de Identidade: _____

Exibida a presente **DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO EM CARÁTER CONDICIONAL** ao requerente /vinculado /representante legal descrito acima, para seu conhecimento e devida assinatura, recusou-se à fazê-lo, conforme constata as duas testemunhas que assinam abaixo.

Testemunhas:

Nome: _____


CPF: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

Local, ____ / ____ / ____

Modelo 47 (Modelo de Capa do Processo)

		 MINISTÉRIO DA DEFESA EXÉRCITO BRASILEIRO DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL DIRETORIA DE CIVIS, INATIVOS, PENSIONISTAS E ASSISTÊNCIA SOCIAL	
	PROTOCOLO GERAL		ASSUNTO
	Nº		Nº
INTERESSADO:			
ASSUNTO:			
ANEXOS:			
MOVIMENTO DO PROCESSO			
DESTINO	DATA	DESTINO	DATA
1. RM		19	
2		20	
3		21	
4		22	
5		23	
6		24	
7		25	
8		26	
9		27	
10		28	
11		29	
12		30	
13		31	
14		32	
15		33	
16		34	
17		35	
18		36	

Modelo 48 (Modelo de Portaria de Reforma por incapacidade física de militar da ativa - Reforma simples sem benefício)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma por Incapacidade Física

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e de acordo com o art. 104, inciso II do art. 106, inciso VI do art. 108 e art. 109 da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, resolve

REFORMAR

o (a) (Posto/Graduação) (Idt) (Nome Completo), com os proventos amparados pelo inciso II do art. 111, da Lei nº 6.880/80 e os art. 12 e 15 da Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2018, por ter sido julgado “Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido”.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 49 (Modelo de Portaria de Reforma por incapacidade física de militar da ativa - Reforma com benefícios)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma por incapacidade física e concessão de remuneração com base no soldo do grau hierárquico imediato, Auxílio-Invalidez e Isenção do Imposto de Renda

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e de acordo com o art. 104, inciso II do art. 106, inciso III do art. 108 e art. 109 da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, resolve

1 - REFORMAR

o (a) (Posto/Graduação) (Idt) (Nome Completo), com os proventos amparados pelos art. 12 e 15 da Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2018, por ter sido julgado "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido. Necessita de assistência direta e permanente ao paciente".

2 - CONCEDER

ao (Posto/Graduação)(Idt) (Nome Completo), o benefício da remuneração com base no soldo do grau hierárquico imediato, previsto no §1º e alínea c) do §2º do art. 110 da Lei nº 6.880/80, a contar de xxxxxxxx e o benefício do auxílio-invalidez, previsto no inciso XV do art. 3º da Medida Provisória nº 2.215-10, de 31 de agosto de 2001, combinado com o art. 55 da Lei nº 12.702, de 7 de agosto de 2012, observado o art. 78 do Decreto nº 4.307, de 18 de julho de 2002, a contar de xxxxxxxx, por ter sido julgado "Incapaz definitivamente para o serviço do Exército. É inválido. Necessita de internação e/ou assistência direta e permanente ao paciente e/ou cuidados permanentes de enfermagem". Conceder, ainda, o benefício de isenção do imposto de renda, previsto no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, a partir de xxxxxxxx, em face do enquadramento de sua incapacidade física ter sido motivada por acidente em serviço.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 50 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão judicial - Tutela Antecipada)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma por Tutela Antecipada

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e tendo em vista cumprimento de decisão proferida em sede de tutela antecipada nos autos do Processo nº xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, junto ao Juízo da xxª Vara Federal da Seção Judiciária do xxxxx, resolve

REFORMAR

provisoriamente, a contar de xxxxxxxx, (Nome completo) (CPF xxxxxxxxxxxx), na graduação/no posto de xxx, com proventos integrais de xxxxx, de acordo com o art. 104, inciso II do art. 106, inciso xxxx do art. 108 e art. 109 da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 51 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão judicial - Cumprimento de Julgado)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma por Cumprimento de Julgado

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e tendo em vista cumprimento do julgado nos autos do Processo nº xxxxxx, junto ao Juízo da xxVara Federal de xxxxx, resolve

REFORMAR

a contar de xxxxxxxx, (Nome completo) (CPF xxxxxxxxxxxx), na graduação/no posto de xxx, com proventos integrais de xxxxx, de acordo com o art. 104, inciso II do art. 106, inciso xxxx do art. 108 e art. 109 da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 52 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão judicial - Cumprimento de Julgado - Tornando definitiva a reforma provisória)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma por Cumprimento de Julgado

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e tendo em vista cumprimento do julgado nos autos do Processo nº xxxxxx, junto ao Juízo da xxVara Federal de xxxxx, resolve

1 - TORNAR SEM EFEITO

a Portaria nº xxx-xxxx, de xx de xxxxx de xxxx, publicada no Diário Oficial da União nº xx, de x de xxxx de xxxx, que reformou, provisoriamente, a contar de xx de xxxxxx de xxxx, (Nome Completo (CPF xxxxxxxxxxxxxx), na graduação de xxxxxx, com proventos de xxxxxxxx, vinculado à xxxxxxxxxxxxxxxx.

2. REFORMAR

a contar de xxxxxxxx, (Nome completo) (CPF xxxxxxxxxxxxxx), na graduação/no posto de xxx, com proventos integrais de xxxxx, de acordo com o art. 104, inciso II do art. 106, inciso xxx do art. 108 e art. 109 da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Militar)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma em decorrência de pena prevista no Código Penal Militar

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e de acordo com o art. 104 e inciso IV do art. 106 da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, combinada com o Decreto Lei nº 1.001, de 21 de outubro de 1969, e em cumprimento de decisão do Superior Tribunal Militar, prolatada no processo nº xxxxxx , resolve

REFORMAR

a contar de xxxxxxxx, o (Posto/Graduação) (Idt xxxxxxxxx) (Nome Completo) com os proventos do mesmo posto proporcionais ao seu tempo de serviço, observado os art. 12 e 15 da Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2018.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 54 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão do Superior Tribunal Militar - Conselho de Justificação)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma por decisão do Superior Tribunal Militar

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e de acordo com o art. 104 e inciso V do art. 106 da Lei nº. 6.880, de 9 de dezembro de 1980, combinado com o inciso II do art. 16 da Lei nº 5.836, de 5 de dezembro de 1972, e em cumprimento de decisão do Superior Tribunal Militar, prolatada no processo nº xxxxxx , resolve

REFORMAR

a contar de xxxxxxxx, o (Posto) (Idt xxxxxxxxx) (Nome Completo) com os proventos do mesmo posto proporcionais ao seu tempo de serviço, observado os art. 12 e 15 da Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2018.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 55 (Modelo de Portaria de Alteração de Reforma por decisão do Superior Tribunal Militar - Conselho de Justificação)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Alteração de Reforma por decisão do Superior Tribunal Militar

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e de acordo com o art. 104 e inciso V do art. 106 da Lei nº. 6.880, de 9 de dezembro de 1980, combinado com o § único do art. 1º da Lei nº 5.836, de 5 de dezembro de 1972, e em cumprimento de decisão do Superior Tribunal Militar, prolatada no processo nº xxxxxx , resolve

ALTERAR A SITUAÇÃO DE REFORMA

a contar de xxxxxxxx, do (Posto) Reformado (Idt xxxxxxxxx) (Nome Completo) para reformado por decisão do Superior Tribunal Militar, sem alterar os seus proventos.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 56 (Modelo de Portaria de Reforma por decisão do Conselho de Disciplina)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma por decisão do Conselho de Disciplina

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e de acordo com o art. 104 e inciso VI do art. 106 da Lei nº. 6.880, de 9 de dezembro de 1980, combinado com o inciso IV e § 2º do art. 13 do Decreto nº. 71.500, de 5 de dezembro de 1972, e em cumprimento de decisão do Comandante Militar do xxxxxx, prolatada nos autos do Conselho de Disciplina, resolve

REFORMAR

a contar de xxxxxxxx, o (Graduação) (Idt xxxxxxxxx) (Nome Completo) com os proventos da mesma graduação proporcionais ao seu tempo de serviço, observado os art. 12 e 15 da Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2018.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 57 (Modelo de Portaria de Alteração de Reforma por decisão do Conselho de Disciplina)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Alteração da Situação de reforma

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e de acordo com o art. 104 e inciso VI do art. 106 da Lei nº. 6.880, de 9 de dezembro de 1980, combinado com o § único do art. 1º do Decreto nº. 71.500, de 5 de dezembro de 1972, e em cumprimento de decisão do Comandante Militar do xxxxxx, prolatada nos autos do Conselho de Disciplina, resolve

ALTERAR A SITUAÇÃO DE REFORMA

a contar de xxxx do (Graduação) reformado por xxxxxxxx (Idt xxxxxxxxx) (Nome Completo) para a situação de reformado por decisão do Conselho de Disciplina, sem alterar os seus proventos.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 58 (Modelo de Portaria de Reforma por Amparo do Estado, com benefício)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Reforma por Amparo do Estado e concessão de isenção de imposto de Renda

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria nº 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e de acordo com o art. 104, inciso II do art. 106, inciso IV do art. 108 e art. 109 da Lei nº 6.880, de 9 de dezembro de 1980, resolve

1. REFORMAR

o reservista (CPF xxxxxxxxxxxx) (Nome Completo), na graduação de xxxx com os proventos a que faz jus, observado os art. 12 e 15 da Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2018, a contar de xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx, por ter sido julgado “Incapaz C. Não é inválido”.

2 - CONCEDER

ao (Posto/Graduação) reformado (CPF xxxxxxxx) (Nome completo), o benefício de isenção do imposto de renda, previsto no inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, a partir de xx de xxxxxx de xxxxx, em face do enquadramento de sua incapacidade física ter sido motivada por doença com relação de causa e efeito com a atividade militar.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 59 (Modelo de Portaria de Retorno ao Serviço Ativo - A pedido)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Retorno ao Serviço Ativo

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria nº 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e considerando o resultado da inspeção de saúde - Sessão nº xxxxx, de xxxx de xxxxx de xxxxxx, do MPGu/xxxx, homologada pelo Parecer Técnico nº xxx de xxx de xxxx de xxxxx, resolve

DETERMINAR O RETORNO AO SERVIÇO ATIVO

do (a) (Posto/Graduação) (Idt xxxxxxx) (Nome Completo), conforme o caput e o § 1º do art. 112 da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980, alterada pela Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2019, a contar de xx de xxxxx de xxxxx.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 60 (Modelo de Portaria de Retorno ao Serviço Ativo de ofício)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Retorno ao Serviço Ativo

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria nº 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018 e considerando o resultado da inspeção de saúde - Sessão nº xxxxx, de xxxx de xxxxx de xxxxxx, do MPGu/xxxx, homologada pelo Parecer Técnico nº xxx de xxx de xxxxx de xxxxx, resolve

DETERMINAR O RETORNO AO SERVIÇO ATIVO

do (a) (Posto/Graduação) (Idt xxxxxxx) (Nome Completo), conforme o caput e o § 1º do art. 112-A da Lei nº 6.880, de 9 DEZ 1980, alterada pela Lei nº 13.954, de 16 de dezembro de 2019, a contar de xx de xxxxx de xxxxx.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 61 (Modelo de Portaria de Manutenção do Auxílio-Invalidez)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Manutenção do Auxílio-Invalidez

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018, resolve

MANTER

o benefício do Auxílio-Invalidez ao (Posto/Grad) Refm (Idt XXXXXXXXX) (Nome completo) concedido por meio da Portaria nº XXX, de XXX, de XXXX de XXXXX, a contar de XX de XXX de XXXX, em face de continuar necessitando de cuidados permanentes de enfermagem e/ou assistência direta e permanente ao paciente, conforme a Ata da JISR - Sessão nº XX, de XX, de XX, de XXX, homologada pelo Parecer Técnico nº XX, de XX, de XXX, com a seguinte observação: "Não necessita ser submetido a uma nova revisão".

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 62 (Modelo de Portaria de Concessão da isenção do recolhimento do imposto de renda para militar da reserva remunerada)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Concessão da Isenção do imposto de renda

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018, resolve

CONCEDER

o benefício da isenção do imposto de renda ao (Posto/Grad) R1/Refm (Idt XXXXXXXXX) (Nome completo), a contar de XX de XXX de XXXX, previsto no inciso XXI do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, modificada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, conforme a Ata da JISR - Sessão nº XX, de XX, de XX, de XXX, homologada pelo Parecer Técnico nº XX, de XX, de XXX, e em face do disposto no Ato Declaratório PGFN nº 1, de 12 de março de 2018.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 63 (Modelo de Portaria de Manutenção da isenção do recolhimento do imposto de renda)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Manutenção da Isenção do imposto de renda

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018, resolve

MANTER

o benefício do imposto de renda ao (Posto/Grad) Refm/R1 (Idt XXXXXXXXXX) (Nome completo) concedido por meio da Portaria nº XXX, de XXX, de XXXX de XXXXX, a contar de XX de XXX de XXXX, previsto no inciso XXI do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, modificada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992, conforme a Ata da JISR - Sessão nº XX, de XX, de XX, de XXX, homologada pelo Parecer Técnico nº XX, de XX, de XXX, e em face do disposto no Ato Declaratório PGFN nº 5/2016, de 3 de maio de 2016 e Parecer SEI nº 19/2018/CRJ/PGACET/PGFN-MF, de 15 de fevereiro de 2018.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 64 (Modelo de Portaria de Restabelecimento de Isenção de Imposto de Renda)



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
COMANDO DA XX REGIÃO MILITAR
(REGIÃO XXXXXXXXX)
SEÇÃO DO SERVIÇO DE INATIVOS E PENSIONISTAS DA XX REGIÃO MILITAR**

PORTARIA Nº XX-XXXX/SSIP/CMDO DA XX REGIÃO MILITAR DE XX XX XX

Restabelecimento de Isenção de Imposto de Renda

O **COMANDANTE DA XX REGIÃO MILITAR**, no uso da competência que lhe foi subdelegada pela Portaria nº 192-DGP, de 1º de outubro de 2015, alterada pela Portaria n. 330-DGP/DCIPAS, de 7 de dezembro de 2018, resolve

RESTABELEECER

o benefício da Isenção do Recolhimento do Imposto de Renda, em favor do (Posto/Grad) Refm/R1 (Idt xxxxxxxxx) (Nome completo) a contar (data do restabelecimento), previsto no inciso XXI do art. 6º da Lei nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988, modificada pela Lei nº 8.541, de 23 de dezembro de 1992 e em face do disposto no Ato Declaratório PGFN nº 5/2016, de 3 de maio de 2016 e Parecer SEI nº 19/2018/CRJ/PGACET/PGFN-MF, de 15 de fevereiro de 2018.

Gen XX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Comandante da XX Região Militar

Modelo 65 (Modelo de DIEX informando à OM sobre a reforma do militar)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DIEx nº xxx - xxx/xxx/xxxxx

EB: 00000.000000/0000-00 (NUP/NUD)

Local e data.

Do: Chefe da Seção do Serviço de Inativos e Pensionistas da XX Região Militar

Ao: Sr Comandante da _____

Assunto: reforma por incapacidade física de militar da ativa

Referência:

1. Informo que o 3º Sgt (Idt xxxxxxxxxxx) xxxxxxxxxxx foi reformado por incapacidade física, por meio da Portaria nº XXX-SIP/RM, de XX de XXX de XXXX publicado no DOU nº XXX, de XX de XXX de XXXX, será desligado dessa OM, em XX/XXX/XXXX.

2. Nesse contexto, solicito que sejam adotados os procedimentos previstos na letra "" do nº xx, do Assunto 1 das Normas Técnicas nº 2 Reforma - DCIPAS, aprovadas pela Portaria nº XXX-DGP, de XX de XXX de 20xxx, conforme transcrito abaixo:

"m". Confirmada a reforma, a **OM de origem deve tomar as seguintes providências:**

1) não desligar o militar antes da data prevista na relação disponibilizada pela DGP no endereço: <http://portal.dgp.eb.mil.br/almq1/acesso.asp> (**Informações do Pessoal** / Informações do Pessoal / Inativos / Pessoal Reformado (por mês/ano));

2) remeter à OM/OP de vinculação do militar a PHPM;

3) não desimplantar o militar do SIAPPES. A desimplantação e implantação no SIAPPES serão realizados pela SSIP;

4) não alterar o campo 7 da ficha cadastro. O militar deverá permanecer em cálculo "0" e situação "010" para o recebimento da ajuda de custo da inatividade (a implantação do "AA3" é de responsabilidade da RM);

5) publicar e preparar a documentação referente às férias não gozadas dos anos anteriores, se for o caso, encaminhando ao CPEx."

Por ordem do Comandante da XX Região Militar.

(nome do Cmt, Ch ou Dir da OM e posto)
CARGO

Modelo 66 (Modelo de DIEX informando ao OP sobre a reforma do militar)



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
(escalões hierárquicos até a OM expedidora)

DIEX nº xxx - xxx/xxx/xxxxx
EB: 00000.000000/0000-00 (NUP/NUD)

Local e data.

Do: Chefe da Seção do Serviço de Inativos e Pensionistas da XX Região Militar
Ao: Sr Comandante da _____
Assunto: reforma (3º Sgt Refm XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)
Anexo: 3º_Sgt_Refm_XXXXXX - Port nº XX, FC nº XX, DOU nº 54, 20_MA

1. Remeto os documentos constantes do anexo, referentes à reforma por incapacidade física da 3º Sgt Refm (Idt XXXXXXXX) XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, para fins de conhecimento e providências decorrentes.

2. Por oportuno, informo que o referido militar será vinculado nesse OP, após o desligamento de sua OM de origem, previsto para ocorrer no dia 30 XXX 20.

Por ordem do Comandante da XX Região Militar.

(nome do Cmt, Ch ou Dir da OM e posto)

CARGO

