

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INSCRIÇÃO DE FILHO(A) INVÁLIDO(A)

- 1).REQUERIMENTO E DECLARAÇÃO (EM ANEXO)
- 2).CÓPIA DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO DO (A) DEPENDENTE COM DATA ATUALIZADA, TIRADA NO CARTÓRIO HÁ MENOS DE 03 (TRÊS) MESES;
- 3).ATESTADO MÉDICO COMPROVANDO A DEFICIÊNCIA DO (A) DEPENDENTE PARA O TRABALHO;
- 4).CÓPIA DO RG, CPF DO (A) DEPENDENTE;
- 5).CÓPIA DO ÚLTIMO DEMONSTRATIVO DE PAGAMENTO DO MILITAR;
- 6) DECLARAÇÃO DO INSS, ONDE CONSTA SE O (A) DEPENDENTE RECEBE OU NÃO ALGUM TIPO DE BENEFÍCIO;
- 7) MAIS 02 (DOIS) DOCUMENTOS DA RELAÇÃO A SEGUIR:
 - a).DECLARAÇÃO PÚBLICA FEITA PERANTE TABELIÃO;
 - b).CÓPIA DE DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA, ONDE CONSTE RELACIONADO O (A) DEPENDENTE;
 - c).DISPOSIÇÕES TESTAMENTÁRIAS;
 - d).COMPROVAÇÃO DE RESIDENCIA EM COMUM;
 - e).APÓLICE DE SEGURO EM QUE CONSTE O (A) DEPENDENTE COMO BENEFICIÁRIO (A);
 - f).REGISTRO EM ASSOCIAÇÃO DE CLASSE ONDE CONSTE O (A) DEPENDENTE COMO BENEFICIÁRIO (A);
 - g).INSCRIÇÃO EM INSTITUIÇÃO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, ONDE CONSTE O (A) DEPENDENTE COMO BENEFICIÁRIO (A).

INSCRIÇÃO DE FILHO INVÁLIDO

(Art. 34 inciso II da Lei 452/74, alterada pela Lei Complementar 1.013 de 06/07/2007)

ILMO. SR.SUPERINTENDENTE DA CAIXA BENEFICENTE DA POLICIA MILITAR DO ESTADO

NOME _____ CPF _____

POSTO/GRAD _____, RE _____, UNIDADE _____ ESTADOCIVIL _____

RESIDENTE À RUA _____ Nº _____

CIDADE _____ EST. _____ BAIRRO _____ CEP: _____

FONE _____ REQUER A INSCRIÇÃO DE SEU (A) FILHO (A) _____

_____ RG _____ CPF _____

ESTADO CIVIL _____ RESIDENTE A RUA _____

_____ Nº _____ BAIRRO _____ CEP: _____

COMO SEU (SUA) BENEFICIÁRIO(A) PERANTE ESSA ENTIDADE POR TER SIDO CONSIDERADO(A)
INVÁLIDO(A), E VIVER SOB SUA DEPENDÊNCIA ECONÔMICA CONFORME COMPROVANTE QUE
APRESENTA.

NESTES TERMOS, JUNTANDO A DOCUMENTAÇÃO REGULAMENTAR, PEDE DEFERIMENTO

SÃO PAULO, _____ DE _____ DE 20 _____

ASSINATURA DO MILITAR

ILMO. SR. SUPERINTENDENTE DA CAIXA BENEFICENTE DA POLICIA MILITAR DO ESTADO

EU _____

POSTO/GRAD _____ RE _____ DECLARO, SOB AS PENAS

DA LEI, QUE (NOME) _____

ESTADO CIVIL _____, VIVE SOB MINHA DEPENDÊNCIA.

ECONÔMICA DESDE _____/_____/_____ (DOCUMENTO ANEXO).

ASSINATURA DO PM

DECLARAMOS SOB AS PENAS DA LEI (AS DECLARAÇÕES FALSAS SUJEITAM SEUS AUTORES AS SANÇÕES PREVISTAS NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL, BEM COMO A RESPONSABILIDADE CIVIL PELOS PREJUÍZOS QUE ACARRETAM) SER VERDADEIRA A DECLARAÇÃO ACIMA.

TESTEMUNHAS:

1) _____

NOME - ASSINATURA

RG: _____

END: _____ BAIRRO _____

CEP : _____ CIDADE _____ ESTADO: _____ TELEONE _____

2) _____

NOME - ASSINATURA

RG: _____

END: _____ BAIRRO _____

CEP : _____ CIDADE _____ ESTADO: _____ TELEONE _____

OBS.: AS TESTEMUNHAS NÃO PODEM SER PARENTES DO(A) CONTRIBUINTE, NEM DA(O) DEPENDENTE, NEM ENTRE SÍ E NEM RESIDIREM NO MESMO ENDEREÇO, NEM TAMPOUCO POSSUIREM O MESMO SOBRENOME.