



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR

Rua Alfredo Maia, n.º 218 – Luz – São Paulo – SP CEP 01106-010.

Tel: 3315-3101

Site: www.cbpm.sp.gov.br

e-mail: cadastro@cbpm.sp.gov.br

FICHA DE DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA

1 SITUAÇÃO CADASTRAL DO PM/ORIENTAÇÕES

A – É obrigatório o preenchimento desta FICHA por todos os PMs, quando de seu alistamento na Corporação, pela Unidade alistadora e ainda, nos casos de alteração familiar: casamento, nascimento, separação, etc.

B – No quadro “9” consta a relação de beneficiários passíveis de inscrição. Verifique se você deixou de inscrever alguém.

C – Informações complementares no site CBPM.

2 Nome do Contribuinte:

CPF:

RE:

RG:

3 Data da Inclusão na PMESP:

Posto ou Graduação:

4 Atualmente Servindo no CPAM:

CPI:

Btl:

Cia:

5 Data de Nascimento:

Cidade:

UF:

Estado Civil:

6 Filiação:

7 Rua/Av:

N.º

Compl:

8 Bairro:

Cidade:

UF:

Tel:

CEP:

9

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

De acordo com os Incisos do Artigo 34 da Lei nº 452/74 com as alterações da Lei Complementar 1013/07

Nome

RG

CPF

Parentesco

Nascimento

10

DECLARAÇÃO DO CONTRIBUINTE

Declaro estar ciente de que **devo comunicar a CBPM** qualquer alteração de família, para efeitos de Assistência Médico Hospitalar e Odontológica (AMHO) de meus beneficiários. Declaro ainda, estar ciente de que a **não** Inscrição de meus beneficiários junto a CBPM, **IMPEDIRÁ** que eles se utilizem da AMHO.

Local e data _____, ___/___/____

Assinatura do Contribuinte

Atendente: _____