

Ilmo Sr. Superintendente da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado

**TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, \_\_\_\_\_, Posto/Grad. \_\_\_\_\_ RE \_\_\_\_\_,  
Unidade \_\_\_\_\_, **AUTORIZO** o credenciamento para fins de assistência médico-hospitalar e odontológica,  
ao(s) meu(s) dependente(s) abaixo relacionado(s).

**Declaro que contribuo mensalmente com a assistência médica, mediante desconto no código 070018, NÃO SENDO AUTOR DE QUALQUER AÇÃO JUDICIAL PARA FINS DE CESSAÇÃO DESSA CONTRIBUIÇÃO.**

**Outrossim**, comprometo-me a comunicar à CBPM mudança(s) no estado civil.

**NOME DOS DEPENDENTES**

**PARENTESCO**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_

Estou ciente de que as declarações falsas sujeitam seus autores: 1) Às sanções previstas no Art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica) à **pena de reclusão** de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa se o documento é particular. 2) À indenizar o Estado, ou terceiros, por prejuízos decorrentes. 3) Às sanções previstas no Regulamento Disciplinar da PMESP.

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2016.

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA DO PM)

Observações:

O contribuinte que não puder comparecer pessoalmente para cadastramento ou renovação de credencial de seu beneficiário, poderá solicitar por carta ou pessoa de sua confiança, desde que assine e faça o reconhecimento de sua assinatura em cartório ou por Comandante Batalhão.

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