



**GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA**  
**CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO**  
**SUPERINTENDÊNCIA**



**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO EM GERAL – C.10**

**ORIENTAÇÕES**

1. O presente formulário deve ser utilizado para solicitações gerais, a exemplo de cópias de documentos, pedido de certidões, cartão de identificação de beneficiário (credenciais), extratos de despesas médicas, contestações, reclamações, etc., bem como informação de assuntos gerais, a exemplo de extravios de cartão de identificação de usuário do AMH/CBPM.
2. Quando necessário, anexar cópia de **documentos** que comprovem ou demonstrem o que está sendo requerido.
3. Para os casos de pedidos de contribuição avulsa, estorno, diminuição de parcelas de despesas médicas, ou outras questões financeiras, deverá ser **juntada**, obrigatoriamente, uma cópia simples do **demonstrativo de pagamento** do contribuinte, bem como dos demais **documentos comprovantes** do pedido em questão.
4. Inclusão e exclusão de beneficiários, bem como solicitação de reinclusão administrativa não deve ser requerida por este instrumento, pois existem formulários específicos, disponíveis no Portal da Caixa Beneficente.
5. No caso de requerimento elaborado pelo dependente de contribuinte, deve constar a justificativa da impossibilidade daquele em fazê-lo, a exemplo de questões de saúde, internação, viagem etc., podendo a administração posteriormente exigir, se necessário, documentos comprobatórios desta situação em apreço e da anuência do contribuinte. Este formulário pode ser complementado por outros formulários conforme a necessidade.

**DADOS PESSOAIS DO(A) REQUERENTE**

<b>NOME</b>		<input type="checkbox"/> Policial Militar <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Dependente/beneficiário <input type="checkbox"/> Outros _____	
RE ou Matrícula	Posto/Graduação	CPF	RG
Sexo	Data de nascimento	Registro SPPrev (Inativo)	Estado Civil
Endereço Residencial do(a) Requerente			
Logradouro		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) Requerente			
Telefone Residencial ( )	Telefone Celular ( )	Telefone outro - recado ( )	Email Pessoal

**DADOS PESSOAIS DO(A) CONTRIBUINTE LEGADOR**

<b>NOME</b>	CPF
-------------	-----

Por intermédio do presente formulário, requeiro/informo/solicito (esclarecer o pedido, os fatos relevantes e as pessoas envolvidas): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Visto requerente \_\_\_\_\_

