



CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO

Inscrição de filho(o) com deficiência

DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

<input type="checkbox"/>	1. Requerimento e declaração para a CBPM (em anexo)
<input type="checkbox"/>	2. Cópia da certidão de nascimento do(a) dependente com data atualizada, emitida há menos de 3 meses
<input type="checkbox"/>	3. Atestado médico comprovando que o dependente é portador de necessidades especiais para o trabalho
<input type="checkbox"/>	4. Cópia do RG e CPF do(a) dependente
<input type="checkbox"/>	5. Cópia do último demonstrativo de pagamento do militar contribuinte
<input type="checkbox"/>	6. Declaração do INSS, em que consta se o(a) dependente recebe ou não algum tipo de benefício
<input type="checkbox"/>	7. Mais dois documentos da relação a seguir: a) Declaração pública de dependência econômica, feita perante tabelião de notas b) Cópia da declaração de Imposto de Renda, em que conste relacionado o(a) dependente c) Disposições testamentárias d) Comprovação de residência em comum e) Apólice de seguro em que conste o(a) dependente como beneficiário(a) f) Registro em associação de classe em que conste o(a) dependente como beneficiário(a) g) Inscrição em instituição de assistência médica, em que conste o(a) dependente como beneficiário(a)

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE FILHO(A) COM DEFICIÊNCIA

Art. 34 inciso II da Lei 452/74, alterada pela Lei Complementar 1.013/07

NOME DO CONTRIBUINTE			
RE	Posto/Grad./OPM	Tel. Res.	Tel. Cel.
End.			
Bairro	Cidade/UF	CEP	Estado civil
E-mail do(a) contribuinte		E-mail do(a) cônjuge/companheiro(a)	
NOME DO(A) FILHO(A)			
RG	CPF	Necessidade especial / Classificação Internacional de Doenças (CID)	

Nos termos do Art. 34 – inciso V da Lei 452/74, alterada pela Lei Complementar 1.013/07, requero a inscrição do(a) meu(minha) filho(a) _____, como beneficiário(a) na CBPM, por ter sido considerado(a) inválido(a) e viver sob minha dependência econômica desde _____ / _____ / _____, conforme comprovante apresentado.

_____, ____ de _____ de 20____
Local e data Assinatura do policial contribuinte

TESTEMUNHAS

NOME DA TESTEMUNHA 1			
RG	End.		
Bairro	CEP	Cidade/UF	Telefone
NOME DA TESTEMUNHA 2			
RG	End.		
Bairro	CEP	Cidade/UF	Telefone

Assinatura da testemunha 1

Assinatura da testemunha 2

ATENÇÃO: as testemunhas **não** podem ser parentes do contribuinte ou do(a) beneficiário(a), nem ter os referidos sobrenomes ou ainda residir no mesmo endereço, tampouco testemunhar entre si.