



CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO

TERMO DE RESPONSABILIDADE

NOME DO CONTRIBUINTE			
RE/Matr.	Posto/Grad./OPM	Tel. Res.	Tel. Cel.
End.			
Bairro	Cidade/UF	CEP	Estado civil
E-mail do(a) contribuinte			

Eu, _____,
AUTORIZO o credenciamento de meu(s) dependente(s) abaixo relacionado(s), para fins de Assistência Médico-Hospitalar e Odontológica (AMHO) e, para tal, declaro que contribuo mensalmente com a CBPM, mediante desconto em holerite no código 070018, NÃO SENDO AUTOR DE QUALQUER AÇÃO JUDICIAL PARA FINS DE CESSAÇÃO DESSA CONTRIBUIÇÃO. Outrossim, comprometo-me a comunicar esta autarquia sobre mudança(s) no estado civil.

NOME DO(A) DEPENDENTE	PARENTESCO
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Estou ciente de que as declarações falsas sujeitam seus autores a:

- 1) Sanções previstas no Art. 299 do Código Penal (Falsidade ideológica), com pena de reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, em caso de documento público, bem como reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos e multa, em caso de documento particular;
- 2) Indenização do Estado ou de terceiros, por prejuízos decorrentes.

_____, ____ de _____ de 20____

Local e data

Assinatura do contribuinte

Observação: o contribuinte que não puder comparecer à CBPM pessoalmente para o cadastramento ou a renovação da credencial de seu beneficiário poderá efetivar a solicitação por carta ou por intermédio de terceiros, mediante reconhecimento de sua assinatura em cartório ou pelo Comandante da OPM.

Atendente: _____