



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



DECLARAÇÃO

Eu, _____, CPF nº _____ comprometo-me a comunicar formalmente com a CBPM apresentando cópia de decisão Judicial e demais documentos probatórios em caso de prorrogação do Termo de Guarda e Responsabilidade a contar de ____/____/20____.

Comprometo ainda, a arcar totalmente com as despesas médicas que porventura ocorram após o dia ____/____/20____, caso não seja prorrogado o Termo de guarda.

Data, ____ / ____ / ____.

Assinatura contribuinte: _____

Nome : _____ CPF: _____