



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. Deverá ser apresentado documentos legais que contenham o número da funcional militar do contribuinte ou matrícula da pensionista, bem como documentos legais que contenham o número do RG , do CPF ou do CIN (Carteira de Identidade Nacional) do beneficiário. Quando necessário, deverá ser anexada, ainda, cópia de documentos que comprovem ou fundamentem o pleito apresentado.
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 último 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			
NOME		() Policial Militar () Pensionista () Dependente/beneficiário () Outros _____	
RE ou Matrícula	Posto/Graduação	CPF	RG/CIN
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			
NOME		CPF	

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

Visto requerente _____

Data, ____/____/____.

Assinatura requerente: _____

Nome: _____ CPF: _____

Uso Interno	Documentos Apresentados e conferidos			
	() RG/CPF		() Holerite atual.	
	() CIN		() Comprovante de endereço	
	() Funcional Militar		() Formulários juntados: _____	
	_____		_____	
	() _____		() _____	
	PROCEDIMENTO	DATA	NOME	RUBRICA
	Atualizado por	____/____/____		
	Conferido por	____/____/____		
	Digitalizado por	____/____/____		
Processo SEI por	____/____/____			
Concluído por	____/____/____			