



DEPENDENTES (que estejam cadastrados na CBPM)

(Pai, Mãe, Cônjuges ou Companheiros (as) e filhos (as) até 21 anos)

	NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA NASCIMENTO
01			/ /
02			/ /
03			/ /
04			/ /
05			/ /
06			/ /
07			/ /
08			/ /
09			/ /
10			/ /

De acordo com a regulamentação da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

BENEFÍCIOS

- * Fisioterapia
- * Psicologia
- * Médico Fisiatra
- * Serviço Social
- * Fonoaudiologia
- * Terapia Ocupacional
- * Departamento Jurídico
- * Terapia Alternativa

Form fields for signature and date, including sections for 'ASSINATURA DO ASSOCIADO' and 'ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO'.