

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
BRIGADA MILITAR
DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO**

Ficha de Solicitação de Pagamento de Abono Família

Id. Func.: _____

Nome: _____ Posto/Grad: _____ OPM: _____ () Inativo

CRPO/Região: _____ Fone de Contato: _____ ()

Nome do Dependente	Parentesco	Data de Nascimento	Abono Família	IRPF	CPF N°
			() incluir () excluir	() incluir () excluir	
			() incluir () excluir	() incluir () excluir	
			() incluir () excluir	() incluir () excluir	
			() incluir () excluir	() incluir () excluir	
			() incluir () excluir	() incluir () excluir	
			() incluir () excluir	() incluir () excluir	

OBS:

- 1) Em caso de dependentes maiores de 18 anos com até 24 anos, enviar cópia do atestado de frequência escolar, que deverá ser renovado semestralmente;
- 2) Os valores decorrentes da concessão do abono, serão pagos a contar da data do lançamento no RHE;
- 3) Em caso de filhos com necessidades especiais, Lei 9.636/92, requerer através de SPL, anexando Ata da Junta Médica de Saúde;
- 4) Em caso de Termo de Guarda, anexar o documento comprobatório expedido pelo Poder Judiciário;
- 5) Para cadastrar dependente maior de idade e estudante informar o n° do CPF;
- 6) Fone de contato:

Declaro, sob as penas da Lei, serem verdadeiros os dados acima.

_____ em _____ de _____ de _____

Declarante