



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



FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL – FAC.01

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

1. Este formulário só deve ser preenchido para fins de atualização cadastral.
2. Caso o dependente não esteja na base de dados da CBPM deverá ser solicitada a inclusão com o preenchimento do respectivo formulário de inclusão.
3. Conforme artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, os beneficiários(as) obrigatórios(as) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM e devem ser inscritos(as) ou ter seus dados atualizados, por meio do presente requerimento, assinado pelo(a) contribuinte ou seu representante legal, anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo.
4. Em havendo mais de um cônjuge ou companheiro, será mantido apenas o mais recente
5. Havendo cônjuge, companheiro ou filho menos de 21 anos, este devem ser cadastrados e os genitores devem ser excluídos.
6. Todos os documentos para atualização cadastral devem ser anexados ao presente formulário e entregues conjuntamente, pois resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros.
7. Cópias simples dos documentos legais que contenham o nº do RG, do CPF ou do CIN (Carteira de Identidade Nacional) e o comprovante de endereço dos (as) dependentes e do(a) militar contribuinte.
8. Os dependentes que não estiverem relacionados neste formulário serão excluídos após o processamento deste.
9. Caso alguma decisão judicial que que interfira na condição de beneficiário ou de tratamento está também deve ser juntada ao formulário
10. Para o filho(a) natural ou por afinidade com invalidez, posteriormente à sua inclusão como beneficiário(a), o Contribuinte deve elaborar requerimento específico na CBPM (formulário próprio) para ter o(a) filho(a) inscrito(a) também como beneficiário(a) inválido(a), devendo o(a) referido(a) dependente ser submetido(a) à perícia no Centro Médico da Polícia Militar, conforme determina o Inciso II, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, onde será atestada formalmente a enfermidade (CID) correspondente à necessidade especial.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE

NOME			
RE	Posto/Graduação	CPF	RG/CIN
Data de nascimento:	É PM inativo(a)? ( ) SIM ( ) NÃO	Registro SPPrev (Inativo)	Estado Civil
Endereço Residencial do(a) PM Contribuinte			
Logradouro:		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) PM Contribuinte			
Telefone Residencial ( )	Telefone Celular ( )	Telefone outro – recado ( )	Email Pessoal

DADOS PESSOAIS – DO DEPENDENTE 01

NOME			Nome Social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG/CIN
PARENTESCO: ( ) filho(a) natural ( ) filho(a) por vínculo de afinidade ( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Genitor(a)			Estado Civil
Nome da mãe			Nome do pai
Endereço Residencial – do dependente			
Logradouro:		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos - dependente			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro - recado	Email Pessoal

DADOS PESSOAIS - DO DEPENDENTE 02

NOME			Nome Social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG/CIN
PARENTESCO: ( ) filho(a) natural ( ) filho(a) por vínculo de afinidade ( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Genitor(a)			Estado Civil
Nome da mãe			Nome do pai

Visto contribuinte \_\_\_\_\_

Endereço Residencial do DEPENDENTE			
Logradouro:		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do DEPENDENTE			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro - recado	Email Pessoal
DADOS PESSOAIS - DO DEPENDENTE 03			
NOME			Nome Social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG/CIN
PARENTESCO: ( ) filho(a) natural ( ) filho(a) por vínculo de afinidade ( ) Cônjuge ( ) Companheiro(a) ( ) Genitor(a)		Estado Civil	
Nome da mãe		Nome do pai	
Endereço Residencial do DEPENDENTE			
Logradouro:		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do DEPENDENTE			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro - recado	Email Pessoal

### **REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO**

Requeiro a Atualização de dados, dos meus dependentes como beneficiários(as) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

Caso ocorra alteração, da condição de qualquer dos dependentes, comprometo-me a comunicar formalmente à CBPM, o mais breve possível, apresentando cópia da documentação pertinente.

Estou ciente que as declarações são de inteira responsabilidade do contribuinte, que responderá por eventuais inconsistências das informações, nos termos da lei, bem como de indenizar o Estado ou terceiros por prejuízos decorrentes, incluindo eventuais despesas médicas e hospitalares suportadas indevidamente pelo regime de AMH/CBPM, e por fim, às sanções previstas no Regulamento Disciplinar da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

Nos termos do Inciso XII, do Artigo 5º, e do Artigo 14, da Lei Federal Nº 13.709/18, há anuência do contribuinte e dos beneficiários aqui relacionados, para o tratamento dos presentes dados pela CBPM, para fins de AMH, no que preconiza a Lei Estadual Nº 452/74 e demais legislação vigente.

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura contribuinte: \_\_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

<b>Documentos Apresentados e conferidos</b>				
<b>Uso Interno</b>	<b>- Dependente 01</b>		<b>- Dependente 02</b>	<b>- Dependente 03</b>
	( ) Comprovante residência		( ) Comprovante residência	( ) Comprovante residência
	( ) RG/CPF		( ) RG/CPF	( ) RG/CPF
	( ) CIN		( ) CIN	( ) CIN
	<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DATA</b>	<b>NOME</b>	<b>RUBRICA</b>
	Atualizado por	____/____/____		
	Conferido por	____/____/____		
Digitalizado por	____/____/____			
Processo SEI por	____/____/____			
Concluído por	____/____/____			