

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA



CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO SUPERINTENDÊNCIA

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE GENITORES - C.04

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

- 1. Conforme o Inciso VI, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, podem ser inscritos pais de contribuintes da CBPM que vivam sob sua dependência econômica e que não existam outros beneficiários obrigatórios (cônjuge, companheira(o) e filhos e enteados). Portanto, para inscrever seus pais como beneficiários, o contribuinte não deve possuir nem ter inscrito na CBPM outros beneficiários obrigatórios, a exemplo de cônjuge, companheira(o) ou filhos(as). Para tanto, são necessários os documentos relacionados nos tópicos seguintes, seguido assinado pelo contribuinte ou seu representante legal.
- 2. Todos os documentos ora solicitados, devem ser entregues conjuntamente, pois resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros.
- 3. Cópia simples da **Certidão de Nascimento** do(a) PM Contribuinte, emitida em Cartório com data inferior a 6 (seis) meses, bem como documentos legais que contenham o n º do **RG**, do **CPF** ou do **CIN (Carteira de Identidade Nacional)**.
- 4. Cópia do último demonstrativo de pagamento do(a) PM contribuinte CBPM (holerite), onde conste a contribuição para a CBPM.
- 5. Cópia simples dos documentos legais que contenham o nº do RG, do CPF ou do CIN (Carteira de Identidade Nacional) e comprovante de endereço do(a) genitor(a).
- 6. Cópia simples da Certidão de Nascimento ou Casamento do(a) genitor(a), emitida(s) em Cartório a menos de 6 (seis) meses.
- 7. Caso o(a) genitor(a) for separado(a): cópia dos autos da separação, em que conste a partilha de bens e pensão alimentícia.
- 8. Caso o(a) genitor(a) exerça atividade remunerada: cópia do **último holerite** e da **carteira de trabalho** em que constem os respectivos registros das empresas ou cópia do Holerite da aposentadoria.
- 9. <u>Para fins de comprovação de dependência econômica</u>, <u>apresentação de no mínimo 03 (três) documentos</u> relacionados a seguir, com parâmetro no artigo 15, do Decreto Estadual nº 52.860, de 02 de abril de 2008:
- a. Declaração pública de dependência econômica, feita perante Tabelião de Notas.
- b. Cópia de declaração de **Imposto de Renda**, em que conste nominalmente o(a) genitor(a) como dependente do(a) contribuinte (<u>Obrigatório</u>).
- c. Disposições testamentárias.
- d. Comprovação de residência em comum do contribuinte e do(a) genitor(a).
- e. Apólice de seguro em que conste o(a) genitor(a) como beneficiário(a) do contribuinte.
- f. Registro em associação de classe onde conste o(a) genitor(a) como beneficiário(a) do contribuinte.
- g. Inscrição em instituição de assistência médica do(a) genitor(a) como beneficiário(a) do contribuinte.

		DAD	OS PESSOAI	S DO	(A) PM CONTRIB	UINTE		
NOME					, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			
RE	Posto/Graduaçã	CPF	CPF		RG / CIN			
Data de nascimento	É PM Inativo(a)	Registro SPPrev (Inativo)		Estado Civil				
		Ende	reço Reside	ncial	do(a) PM Contri	buinte		
Logradouro							Número	Complemento
Bairro		Cidade					UF	СЕР
		•	Contatos d	lo(a)	PM Contribuinte			
Telefone Residencial Telefone Celular			Telefon	Telefone outro – recado Email Pessoal				
		D	ADOS PESS	OAIS	DO(A) GENITOR	(A)		
NOME					. ,	•	Nome socia	l
Sexo	Data de nascimen	a de nascimento CPF			RG / CIN		RG / CIN	
Parentesco				Estado Civil				
Nome da mãe				Nome do pai				
			Endere	ço do	(a) Genitor(a)			
Logradouro							Número	Complemento

Visto	contribui	าte	

Bairro		Cidad	Cidade		CEP	
			Contatos do(a) Genitor(a)		
Telefo	one Residencial	Telefone Celular	Telefone outro – recado	Email Pessoal		
per		equeiro a inclusão	/TERMO DE RESPONSABI de meu(minha) genitor(a eficiário(a) na CBPM para	a) acima qualific	ado(a) e que viv	
CB	ŕ	eclaro que meu (m	, - , ,	stadual Nº 452/7) trabalha na em		
espe		econheço que ha	verá o desconto no cód priais e hospitalares, nos t	igo 080018 – c	oparticipação fir	
erá e		enho ciência que a atomaticamente da	ao surgir outro(s) benefic a AMH CBPM.	iário(s) obrigató	rio(s), meu/minh	ıa genitor(a)
omp			ação nas condições do Ilmente a CBPM, apresent	_		
or p elo r	stas no Artigo rejuízos deco	o 299, do Código Pe orrentes, incluindo	ém que as declarações en que as declarações en al (Falsidade Ideológica e eventuais despesas méo en as previstas no Regula), bem como a in dicas hospitalare	denizar o Estado es suportadas inc	ou terceiros levidamente
ara f atar	ibuinte e do(a ins de AMH, mento de dac	a) beneficiário(a) a no que preconiza a	o XII, do Artigo 5º, da Lei l qui relacionado(a), para c a Lei Estadual № 452/74 e to o que está definido nos rito:	tratamento dos demais legislaçã	presentes dados ão vigente. Enten	s pela CBPM, ide–se como
	utilização	o, acesso, reprodução, tr	ralizada com dados pessoais, com ansmissão, distribuição, processan ção, comunicação, transferência, c	nento, arquivamento,		
	•	ntimento: manifestação l a finalidade determinado	livre, informada e inequívoca pela ı.	qual o titular concordo	a com o tratamento de	seus dados pess
0	Oata,/	/	Assinatura co	ontribuinte:		
			Nome:	CI	PF:	
		Docun	nentos Apresentados e co	onferidos		
	Do Contribui	inte	Do(a) Genit	or(a)		
00	() RG/CPF	ou () CIN	() RG/CPF (ou () CIN		
teri	() Holerite		() Holerite			
() RG/CPF ou () CIN () Holerite () Certidão de nascimento () Certidão de casamento () Certidão de casamento						
	()		() Autos de	e separação		
() () Carteira de trabalho						

Uso Interno					
PROCEDIMENTO	DATA	NOME	RUBRICA		
Atualizado por	/				
Conferido por	/				
Digitalizado por	/				
Processo SEI por	/				
Concluído por	//				