



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



**FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE MENOR SOB GUARDA – TUTELA – CURATELA - C.05**

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS
1. Conforme nº 2 e 3, do parágrafo 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452, de 02 de outubro de 1974, os menores sob Guarda Judicial, bem como os menores sob Tutela e Curatela, os quais comprovadamente vivam sob a dependência econômica do contribuinte, equiparam-se aos filhos previstos no Inciso II, do artigo 34, da mesma Lei, ora referida. Para tanto, são necessários os documentos relacionados nos tópicos seguintes, e ao final, assinado pelo(a) 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 integridade dos registros.
3. <b>Cópia do último demonstrativo de pagamento (holerite)</b> , onde conste a contribuição para a CBPM e bem como documentos legais que contenham o nº do <b>RG</b> , do <b>CPF</b> ou do <b>CIN (Carteira de Identidade Nacional)</b> do(a) PM contribuinte.
4. Apresentar os <b>Termos</b> que comprovem a <b>Guarda Judicial, Tutela ou Curatela</b> do(a)(s) menor(es) de idade.
5. Cópia simples da <b>Certidão de Nascimento</b> (com emissão inferior a 6 meses, para os maiores de 12 anos), bem como documentos legais que contenham o nº do <b>RG</b> , do <b>CPF</b> ou do <b>CIN (Carteira de Identidade Nacional)</b> do(a) menor dependente.
6. Para fins de <u>comprovação de dependência econômica</u> , <b>apresentar pelo menos 02 (dois) dos documentos</b> 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 da declaração de Imposto de Renda, em que conste como dependente(s) do contribuinte. c. Disposições testamentárias. d. Comprovação de residência em comum. e. Apólice de seguro em que conste o(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte. f. Registro em associação de classe onde conste o(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte. g. Inscrição em instituição de assistência médica do(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte. h. Declaração e Comprovante de pagamento da escola do dependente por parte do contribuinte
7. Para a manutenção do benefício a menores sob guarda judicial, tutela e curatela que atingirem a maioridade legal e que apresentem a condição de invalidez ou de incapacidade civil, e assim continuarem vivendo sob a dependência econômica do(a) contribuinte, este(a) deverá incluí-lo(a) como Beneficiário(a) com Invalidez, utilizando o Formulário respectivo.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE			
<b>NOME</b>			
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

DADOS PESSOAIS – MENOR SOB GUARDA/TUTELA/CURATELA			
<b>NOME</b>			Nome Social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG/CIN
Parentesco		Estado Civil	
Nome da mãe		Nome do pai	
Endereço Residencial do Menor sob Guarda/Tutela/Curatela			
Logradouro		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos – Menor sob Guarda/Tutela/Curatela			
Telefone Residencial ( )	Telefone Celular ( )	Telefone outro – recado ( )	Email Pessoal

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

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

Requeiro a inclusão como beneficiário(a) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no parágrafo 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, do(a) menor ora qualificado(a), que se encontra sob minha dependência econômica.

Conforme documentação juntada, está sob minha (assinalar abaixo):

- ( ) Guarda Judicial.  
( ) Tutela.  
( ) Curatela.

Reconheço que haverá o desconto no código 080018 – coparticipação financeira nas despesas de atendimentos ambulatoriais, hospitalares e de obstetrícia, nos termos do parágrafo 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74.

Caso ocorra alteração nas condições de guarda, tutela ou curatela constantes desta declaração, comprometo-me a comunicar formalmente a CBPM, 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 o consentimento do contribuinte e do(a) beneficiário(a) aqui relacionado(a), 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. Entende-se como tratamento de dados e consentimento o que está definido nos Incisos X e XII, do Artigo 5º, da Lei Federal nº 13.709/18, conforme a seguir transcrito:

1) *Tratamento: toda operação realizada com dados pessoais, como as que se referem a coleta, produção, recepção, classificação, utilização, acesso, reprodução, transmissão, distribuição, processamento, arquivamento, armazenamento, eliminação, avaliação ou controle da informação, modificação, comunicação, transferência, difusão ou extração.*

2) *Consentimento: manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o titular concorda com o tratamento de seus dados pessoais para uma finalidade determinada.*

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

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

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

Documentos Apresentados e conferidos			
Uso Interno	( ) Holerite contribuinte.	( ) RG/CPF Dependente.	
	( ) RG/CPF Contribuinte.	( ) CIN Dependente.	
	( ) CIN Contribuinte.	( ) Certidão de nascimento.	
	( ) Comprovante Dependência.	( ) Termo Guarda/Tutela/Curatela.	
	( ) _____	( ) _____	
	PROCEDIMENTO	DATA	NOME
Atualizado por	____/____/____		
Conferido por	____/____/____		
Digitalizado por	____/____/____		
Processo Sei por	____/____/____		
Concluído Sei por	____/____/____		