



Visto contribuente

Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) Genitor(a)			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro – recado	Email Pessoal

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a inclusão de meu(minha) genitor(a) acima qualificado(a) e que vive sob minha dependência econômica, como beneficiário(a) na CBPM para fins de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Inciso VI, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

Declaro que meu (minha) genitor(a):

() não trabalha () é aposentado () trabalha na empresa _____

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

Tenho ciência que ao surgir outro(s) beneficiário(s) obrigatório(s), meu/minha genitor(a) será excluído(a) automaticamente da AMH CBPM.

Caso ocorra alteração nas condições dos genitores constantes desta Declaração, comprometo-me a comunicar formalmente a CBPM, apresentando cópia da documentação pertinente.

Estou ciente também que as declarações falsas sujeitam os seus autores às sanções previstas no Artigo 299, do Código Penal (Falsidade Ideológica), bem como a indenizar o Estado ou terceiros por prejuízos decorrentes, incluindo eventuais despesas médicas hospitalares suportadas indevidamente pelo regime de AMH/CBPM, e por fim, às previstas no Regulamento Disciplinar da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

Nos termos do Inciso XII, do Artigo 5º, 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	
Do Contribuinte	Do(a) Genitor(a)
() RG/CPF ou () CIN	() RG/CPF ou () CIN
() Holerite	() Holerite
() Certidão de nascimento	() Certidão de nascimento
Dependência Econômica	() Certidão de casamento
() _____	() Autos de separação
() _____	() Carteira de trabalho

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