



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



DECLARAÇÃO DE SAÚDE DE BENEFICIÁRIO(A) E/OU PENSIONISTA  
ANEXO "B" da Portaria Nº CBPM-17/01/2022

IDENTIFICAÇÃO - BENEFICIÁRIO(A)/PENSIONISTA	
NOME:	
GRAU DE PARENTESCO:	
DATA DE NASCIMENTO:	
CPF:	
Altura:	Peso:

IDENTIFICAÇÃO DO(A) CONTRIBUINTE	
NOME:	
Posto/Graduação:	RE:

**Beneficiário(a), pensionista ou seu representante legal, deverá responder, assinalando "sim" ou "não" para cada uma das perguntas a seguir:**

1.	Problemas de circulação nas veias e artérias (varizes, aneurismas e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
2.	Problemas no coração (infarto, pressão alta, arritmia, e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
3.	Problemas glandulares (tireóide e/ou outros) ou hormonais (diabetes e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
4.	Problemas gastrointestinais (estômago, vesícula, fígado, intestino e/ou ânus)?	( ) sim	( ) não
5.	Hérnias de qualquer tipo?	( ) sim	( ) não
6.	Problemas com o sangue, como: anemia, leucemia e/ou outros?	( ) sim	( ) não
7.	Problemas com cálculos renais e/ou vesícula?	( ) sim	( ) não
8.	Problemas urinários, nos rins, bexiga, uretra, próstata etc?	( ) sim	( ) não
9.	Problemas neurológicos (derrames, paralisia e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
10.	Problemas psiquiátricos (depressão e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
11.	Problemas de ouvido, nariz e garganta?	( ) sim	( ) não
12.	Problemas respiratórios (asma, pneumonia e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
13.	Problemas ortopédicos (artrite, coluna, deformidades e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
14.	Problemas ginecológicos (mamas, ovários, útero e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
15.	Problemas infectocontagiosos (aids, hepatite e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
16.	Problemas de cânceres ou tumores de qualquer natureza?	( ) sim	( ) não
17.	Problemas congênitos ou hereditários?	( ) sim	( ) não
18.	Problemas oftalmológicos (catarata, glaucoma, miopia e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
19.	Doenças da pele (dermatite, pintas escuras, queloides, psoríase e/ou outras)?	( ) sim	( ) não
20.	Realizou ou realiza tratamento para dependência química (álcool e/ou drogas)?	( ) sim	( ) não
21.	Já necessitou de internação para tratamento clínico ou cirúrgico? Caso a resposta for sim, especifique qual o tratamento:	( ) sim	( ) não
22.	Realiza ou tem programado algum tratamento clínico ou cirúrgico?	( ) sim	( ) não
23.	Possui alguma doença que não foi mencionada acima? Caso a resposta for sim, especifique qual a doença:	( ) sim	( ) não

DATA: ____/____/____	
Assinatura contribuinte/pensionista	Assinatura beneficiário(a)/representante legal