



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



FICHA DE DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA
REQUERIMENTO DE INCLUSÃO E/OU ATUALIZAÇÃO DE DADOS
DE PENSIONISTA BENEFICIÁRIO(A) DO AMH
ANEXO "I" da Portaria Nº CBPM-16/01/2022

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS	
1. O inciso VIII, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, inclui os pensionistas de militares estaduais como beneficiários obrigatórios do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM. Em razão disso, podem e devem ter seus dados incluídos e atualizados no Cadastro de Beneficiários da AMH/CBPM, por meio do presente formulário, devidamente assinado.	
2. Todos os documentos ora solicitados, quando necessários, 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 do RG e CPF do(a) pensionista (caso necessário).	
4. Cópia do comprovante de endereço (caso necessário).	
5. Cópia do demonstrativo de pagamento e/ou da matrícula da pensão (caso necessário).	
6. Inscrição provisória de 60 (sessenta) dias: Para dependente já inscrito(a) na CBPM como beneficiário(a) do regime de AMH, contudo, ainda com pendência em andamento no processo de pensão, e para não haver solução de continuidade em eventual tratamento de saúde em andamento, poderá requerer a inscrição provisória no regime de AMH da CBPM com a Cruz Azul de São Paulo, com validade de 60 (sessenta) dias, mediante o preenchimento do presente formulário, todavia juntando a este, uma cópia simples do <u>protocolo do pedido de pensão junto à SPPREV</u> , comprometendo-se pelas dívidas de coparticipação geradas, independentemente de ser deferida ou não a pensão.	

DADOS PESSOAIS DO(A) PENSIONISTA				
NOME		CPF:		
Data de Nascimento:	Matrícula SPPrev:	Estado Civil:	Registro Geral (RG)	
			Número Dígito	
Nome do pai:		Nome da mãe:		
Endereço do(a) Pensionista				
Logradouro:		Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade	UF	CEP	
Contatos do(a) Pensionista				
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro – recado:	Email:	

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a inclusão (ou atualização de dados) no cadastro de beneficiários do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) CBPM, com fundamento no Inciso VIII, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

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.

Na hipótese de ser provisória a inscrição (conforme descrição no item 6 do quadro de "Orientações e Documentos Comprobatórios" do presente formulário) e esta não ser aprovada pelo órgão competente, comprometo-me a quitar as dívidas remanescentes geradas em razão da utilização do regime de AMH.



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



Caso ocorra alteração nos dados constantes desta Declaração, comprometo-me a comunicar formalmente a CBPM, apresentando cópia da documentação pertinente.

Estou ciente que 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.

Nos termos do Inciso XII, do Artigo 5º, da Lei Federal Nº 13.709/18, há o meu consentimento 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 pensionista:
