



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 de **Certidão de Nascimento** do(a) PM Contribuinte, emitida em Cartório com data inferior a 6 (seis) meses.
4. Cópia do **último demonstrativo** de pagamento do(a) PM contribuinte CBPM (holerite), onde conste a contribuição para a CBPM.
5. Cópia(s) do **RG, CPF, CIN (Carteira de Identidade Nacional)** e **comprovante de endereço** do(a) genitor(a).
6. Cópia simples de **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. Para fins de comprovação de dependência econômica, **apresentação de no mínimo 03 (três) documentos** 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 (**Obrigatório**).
 - 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.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE

NOME			
RE	Posto/Graduação	CPF	RG
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 Pessoal

DADOS PESSOAIS DO(A) GENITOR(A)

NOME		Nome social	
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG
Parentesco		Estado Civil	
Nome da mãe		Nome do pai	
Endereço do(a) Genitor(a)			
Logradouro		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) Genitor(a)			

Visto contribuinte _____

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

- () Holerite
() Certidão de nascimento

Dependência Econômica

- () _____
() _____
() _____

Do(a) Genitor(a)

- () RG
() CPF
() Certidão de nascimento ou
() Certidão de casamento
() Autos de separação
() Carteira de trabalho
() Holerite

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

	Lançado por	____/____/____		
--	-------------	----------------	--	--