



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



FORMULARIO DE REQUERIMENTO DE INCLUSÃO E/OU ATUALIZAÇÃO DE PENSIONISTA
– C.09

| ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS - PENSIONISTA |
|--|
| 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 beneficiário(a), preservando a legalidade e integralidade dos registros. |
| 3. Cópia simples do documento legal que contenham o nº do RG, do CPF ou do CIN (Carteira de Identidade Nacional) do(a) pensionista. |
| 4. Cópia do comprovante de endereço . |
| 5. Cópia do demonstrativo de pagamento pensionista e cópia da certidão de óbito . |
| 6. Documentos de procuração ou de interdição quando for o caso. |
| 7. <u>Inscrição provisória de 60 (sessenta) dias</u> : 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 protocolo do pedido de pensão junto à SPPREV , comprometendo-se pelas dívidas de coparticipação geradas se deferida a pensão ou o valor total do tratamento no caso de indeferimento do benefício. |

| DADOS PESSOAIS DO(A) PENSIONISTA | | | | |
|--|------------------|-------------------------|---------------|-------------|
| NOME | | | CPF | |
| Data de Nascimento | Matrícula SPPrev | Estado Civil | RG/CIN | |
| Nome do pai | | Nome da mãe | | |
| Endereço Residencial do(a) Pensionista | | | | |
| Logradouro | | | Número | Complemento |
| Bairro | Cidade | | UF | CEP |
| Contatos do(a) Pensionista | | | | |
| Telefone Residencial | Telefone Celular | Telefone outro – recado | Email Pessoal | |
| DADOS PESSOAIS DO CONTRIBUINTE LEGADOR | | | | |
| NOME | | Data Óbito | CPF | |
| DADOS DO () RESPONSÁVEL POR PROCURAÇÃO ou () CURADOR | | | | |
| NOME | | | CPF | |

Visto pensionista _____

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 e autorizo os descontos nos códigos 070018 – Contribuição de Assistência e 080018 – Coparticipação financeira nas despesas de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, nos termos do parágrafo 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74.

Na hipótese de ser provisória a inscrição (conforme descrição no item 7 do quadro de “Orientações e Documentos Comprobatórios” do presente formulário) e esta **não ser aprovada** pelo órgão competente, **comprometo-me a quitar o valor total do tratamento** em razão da utilização do **regime de AMH/CBPM**.

Caso ocorra alteração nos dados 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.

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 contribuinte: _____

Nome: _____ CPF: _____

| Documentos Apresentados e conferidos | | | |
|--------------------------------------|--|------|---|
| Uso Interno | <input type="checkbox"/> RG/CPF do(a) Pensionista. | | <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito do militar Legador. |
| | <input type="checkbox"/> CIN do(a) Pensionista. | | <input type="checkbox"/> Protocolo do pedido de pensão junto à SPPrev |
| | <input type="checkbox"/> Comprovante de endereço. | | <input type="checkbox"/> Holerite do(a) Pensionista. |
| | <input type="checkbox"/> Procuração. | | <input type="checkbox"/> Documento de interdição. |
| | <input type="checkbox"/> _____ | | <input type="checkbox"/> _____ |
| | <input type="checkbox"/> _____ | | <input type="checkbox"/> _____ |
| PROCEDIMENTO | DATA | NOME | RUBRICA |
| Atualizado por | ____/____/____ | | |
| Conferido por | ____/____/____ | | |
| Digitalizado por | ____/____/____ | | |
| Processo SEI por | ____/____/____ | | |
| Concluído por | ____/____/____ | | |