



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



FICHA DE DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA
INCLUSÃO DE FILHOS E ENTEADOS
ANEXO "C" da Portaria Nº CBPM-16/01/2022

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – FILHO(S) E ENTEADO(S)

- Conforme Inciso II, bem como, no § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, filhos(as) e enteados(as) menores de 21 anos de idade, são beneficiários(as) obrigatórios(as) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM. e devem ser inscritos(as) ou ter seus dados atualizados, por meio do presente requerimento, assinado pelo(a) contribuinte ou seu representante legal, anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo.
- Cópia simples da Certidão de Nascimento, e documentos legais que contenham o número do CPF e RG do(a) referido(a) filho(a) a ser inscrito(a).
- Cópia do último demonstrativo de pagamento do(a) PM contribuinte CBPM (holerite), onde conste a contribuição para a CBPM.
- Para fins de inclusão de enteados(as), apresentar os mesmos documentos exigidos para os filhos(as), pois conforme Número 1, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, os(as) enteados(as) equiparam-se aos filhos legítimos enquanto durar o casamento ou união estável, sendo que no caso de dissolução do referido casamento ou da união estável, o(a) enteado(a) perderá o benefício.
- Ainda, para fins de inclusão de enteado(a), o pai ou a mãe que seja o(a) cônjuge ou companheira(o) do(a) contribuinte CBPM, deve estar com o cadastro devidamente efetivado no quadro de beneficiários(as) da CBPM.
- Para o filho(a) ou enteado(a) com invalidez, posteriormente à sua inclusão como beneficiário(a), o Contribuinte deve elaborar requerimento específico na CBPM (formulário constante no anexo "F" da presente Portaria) para ter o(a) filho(a) ou enteado(a) inscrito(a) também como beneficiário(a) inválido(a), devendo o(a) referido(a) dependente ser submetido(a) à perícia no Centro Médico da Polícia Militar, conforme determina o Inciso II, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, onde será atestada formalmente a enfermidade (CID) correspondente à necessidade especial.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE

NOME			
RE	Posto/Graduação	CPF	Registro Geral (RG)
			Número
			Dígito
Data de nascimento:	É PM inativo(a)?: () SIM () NÃO	Registro SPPrev (Inativo):	Estado Civil:
Endereço do(a) PM Contribuinte			
Logradouro:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) PM Contribuinte			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro – recado:	Email:

DADOS PESSOAIS - FILHO(A) / ENTEADO(A)

NOME			
Sexo:	Data de nascimento:	CPF:	Registro Geral (RG):
			Número:
			Dígito:
Parentesco:	Estado Civil:		
Nome da mãe:	Nome do pai:		
Contatos - Filho(a) / Enteado(a)			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro - recado:	Email:

DADOS PESSOAIS - FILHO(A) / ENTEADO(A)

NOME			
Sexo:	Data de nascimento:	CPF:	Registro Geral (RG):
			Número:
			Dígito:
Parentesco:	Estado Civil:		
Nome da mãe:	Nome do pai:		
Contatos - Filho(a) / Enteado(a)			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro - recado:	Email:

Visto contribuinte _____



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



DADOS PESSOAIS - FILHO(A) / ENTEADO(A)			
NOME			
Sexo:	Data de nascimento:	CPF:	Registro Geral (RG):
			Número: Dígito:
Parentesco:		Estado Civil:	
Nome da mãe:		Nome do pai:	
Contatos - Filho(a) / Enteadado(a)			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro - recado:	Email:

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a inclusão/atualização de dados, dos(as) filhos(as) e/ou enteados(as) acima qualificados(as), como beneficiários(as) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento nos Incisos II e no § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

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

Caso ocorra alteração, ou dissolução do Casamento, comprometo-me a comunicar formalmente à CBPM, apresentando cópia da decisão judicial de divórcio com trânsito em julgado e/ou a Certidão de Casamento com a averbação de divórcio.

Estou ciente 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, e por fim, às previstas no Regulamento Disciplinar da Polícia Militar do Estado de São Paulo.

Nos termos do Inciso XII, do Artigo 5º, e do Artigo 14, da Lei Federal Nº 13.709/18, há o consentimento do contribuinte e dos beneficiários aqui relacionados, 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:
