



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

12 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO

Portaria CBPM – 28, de 12-3-2021

Disciplina e padroniza formulários da Ficha de Declaração de Família e demais requerimentos referentes a inclusão, exclusão ou alterações de dados de beneficiários do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado – CBPM

O Superintendente da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado – CBPM, com fundamento no artigo 4º, inciso XXIX, do Decreto Estadual 7.391, de 29-12-1975, e considerando que:

1. A Lei Estadual 452, de 02-10-1974, que instituiu a CBPM, estabelece no seu artigo 34 as regras de definição dos dependentes de policiais militares que são beneficiários do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH).

2. O Artigo 23, do Decreto Estadual 7.391/75, prevê que por meio da Seção de Cadastro, a CBPM deve organizar e manter o fichário de família dos contribuintes, bem como arquivo dos processos de inscrição de beneficiários do regime de AMH.

3. Conforme Inciso I, do Artigo 51, do Decreto Estadual 7.391/75, na Ficha de Declaração de Família, o contribuinte mencionará os prováveis beneficiários, nos termos da legislação vigente.

4. O item b, do Inciso II, da Cláusula Terceira, do Termo de Colaboração CBPM-001/01/2020, de 01-04-2020, celebrado com a Associação Cruz Azul de São Paulo, dispõe que compete à CBPM proceder à inscrição e a exclusão do rol de contribuintes e beneficiários do regime de AMH, conforme os artigos 32 e 34 da Lei 452/74.

5. Pelo exposto, há a necessidade de estabelecer de maneira padronizada os formulários da Ficha de Declaração de Família e demais requerimentos referentes à inclusão, exclusão ou alteração de dados de cadastro de beneficiários do regime de AMH da CBPM, resolve:

Artigo 1º – Com base no artigo 23 do Decreto Estadual 7.391/75, ficam padronizadas as Fichas de Declaração de Família e demais formulários abaixo relacionados para fins de inclusão, exclusão e atualização de dados de beneficiários do regime de AMH da CBPM, conforme descrito a seguir:

I – Inclusão de cônjuge – com fundamento no Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual 452/74 (anexo A).

II – Inclusão de companheira(o) – com fundamento no Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual 452/74 (anexo B).

III – Inclusão de filho(a) e enteado(a) – com fundamento no Inciso II e no § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual 452/74 (anexo C).

IV – Inclusão de genitores – com fundamento no Inciso VI, do Artigo 34, da Lei Estadual 452/74 (anexo D).

V – Inclusão de menor sob guarda, tutela ou curatela – com fundamento nos 2 e 3, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual 452/74 (anexo E).

VI – Inclusão de beneficiário(a) com invalidez – com fundamento no Inciso II e no § 3º, do Artigo 34, da Lei Estadual 452/74 (anexo F).



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

12 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

VII – Requerimento para exclusão de cônjuge e enteado(a) – quando com o fim do casamento, o ex cônjuge não preenche mais o requisito legal do Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual 452/74 deixando de ser beneficiária(o) obrigatória(o), bem como eventuais enteados(as) que estejam incluídos como tal, os quais também deixam de ser beneficiários, conforme 1, do § 2º, da mesma Lei (anexo G).

VIII – Requerimento para exclusão de companheira(o) e enteado(a) – quando com o fim da União Estável, a(o) ex companheira(o) não preenche mais o requisito legal do Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual 452/74 deixando de ser beneficiária(o) obrigatória(o), bem como eventuais enteados(as) que estejam incluídos como tal, os quais também deixam de ser beneficiários, conforme 1, do § 2º do Artigo 34, da mesma Lei (anexo H).

IX – Requerimento de inclusão e ou atualização de dados de pensionista beneficiário(a) da AMH – com fundamento no Inciso VIII do Artigo 34 da Lei Estadual 452/74 (anexo I).

X – Requerimento de solicitação em geral – utilizado para solicitações não contempladas em outros formulários (anexo J).

§ 1º – Os formulários previstos neste artigo, devidamente preenchidos e instruídos com os respectivos documentos deverão ser entregues na sede da CBPM, à Rua Alfredo Maia, 218, Luz, São Paulo/SP, CEP 01106-010, ou enviados pelo correio, mediante correspondência registrada (AR), a este endereço.

§ 2º – O formulário para a reinclusão administrativa de contribuinte com base no parágrafo único, do Artigo 32, da Lei Estadual 452/74, e a respectiva ficha de declaração de saúde de beneficiário, permanece regulado pela Portaria CBPM-049/01/20.

Artigo 2º – As orientações de preenchimento e os documentos comprobatórios necessários, que devem ser entregues

conjuntamente com a Ficha de Declaração de Família e demais requerimentos aqui definidos, seguem discriminados nos anexos relacionados no Artigo 5º desta Portaria.

Artigo 3º – A Seção de Cadastro recepcionará as Fichas de Declaração de Família, e adotará as medidas necessárias para conferência e validação do cadastro dos beneficiários do regime de AMH, alimentando o Sistema Informatizado – Info CBPM, e arquivando ao final as referidas fichas na pasta Fichário de Família – Prontuário do Contribuinte.

Artigo 4º – A presente Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as disposições anteriores que tratem deste assunto.

Artigo 5º – Anexos a esta Portaria:

I – Anexo A: Ficha de Declaração de Família – Inclusão de cônjuge.

II – Anexo B: Ficha de Declaração de Família – Inclusão de companheira(o) – União Estável.

III – Anexo C: Ficha de Declaração de Família – Inclusão de filho(s) e enteado(s).

IV – Anexo D: Ficha de Declaração de Família – Inclusão de genitores.

V – Anexo E: Ficha de Declaração de Família – Inclusão de menor sob guarda, tutela ou curatela.

VI – Anexo F: Ficha de Declaração de Família – Inclusão de beneficiário(a) com invalidez.

VII – Anexo G: Ficha de Declaração de Família – Requerimento para exclusão de cônjuge/enteado(a).

VIII – Anexo H: Ficha de Declaração de Família – Requerimento para exclusão de companheira(o)/enteado(a) – Dissolução de União Estável.

IX – Anexo I: Ficha de Declaração de Família – Requerimento de inclusão ou atualização de dados de pensionista beneficiário(a) do AMH.

X – Anexo J: Requerimento de solicitação em geral.



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
Seção I
Imprensa Oficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

12 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

ANEXOS

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 CÔNJUGE ANEXO "A" da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – CÔNJUGE

1. Conforme Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, o cônjuge é beneficiário(a) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, e deve ser inscrito(a) ou ter seus dados atualizados, por meio do presente requerimento, assinado pelo(a) contribuinte e pela(o) cônjuge, anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo.
2. Todos os documentos ora solicitados, devem ser anexados ao presente requerimento e entregues conjuntamente, pois resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros.
3. Para fins de inclusão de cônjuge, apresentar cópia simples da Certidão de Casamento, bem como do RG e do CPF do(a) referido(a) cônjuge.
4. Caso ocorra a dissolução do Casamento, o contribuinte deve comunicar a CBPM, apresentando cópia da decisão judicial de divórcio com trânsito em julgado e/ou a Certidão de Casamento com a averbação de divórcio.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE				
NOME				
RE	Posto/Graduação	CPF	Registro Geral (RG)	
			Número	Dígito
Data de nascimento:	Aposentado: () 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 – CÔNJUGE				
NOME				
Sexo:	Data de nascimento:	CPF:	Registro Geral (RG):	
			Número:	Dígito:
Parentesco:	Estado Civil:			
Nome da mãe:	Nome do pai:			
Contatos – Cônjuge				
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro - recado:	Email:	

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a inclusão/atualização de dados, da(o) cônjuge acima qualificada(o), como beneficiária(o) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Inciso I, 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.

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

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 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, da Lei Federal Nº 13.709/18, há o consentimento do(a) contribuinte e da(o) beneficiária(o) aqui relacionada(o)s, 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 cônjuge:

Data: ____/____/____.

Assinatura contribuinte:



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

sábado, 13 de março de 2021

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 131 (50) – 13

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 COMPANHEIRA(O) – UNIÃO ESTÁVEL ANEXO “B” da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – COMPANHEIRA(O)
1. Conforme Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, a(o) companheira(o) é beneficiária(o) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, e deve ser incluída(o) ou ter seus dados atualizados, por meio do presente requerimento, devidamente assinado pelo(a) contribuinte e pela(o) companheira(o), anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo.
2. Todos os documentos ora solicitados, devem ser anexados ao presente requerimento e entregues conjuntamente, pois resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros.
3. Apresentar o presente requerimento devidamente assinado pelo(a) PM Contribuinte, com 01 (uma) testemunha que comprove a união estável, que NÃO pode ser parente do(a) contribuinte ou da(o) companheira(o), nem ter o mesmo sobrenome, não residir no mesmo endereço e tão-pouco testemunharem entre si.
4. Documentos comprobatórios do estado civil para o(a) PM Contribuinte e para a(o) companheira(o): a) Solteiro(a): cópia da Certidão de Nascimento, com data de emissão inferior a 6 (seis) meses. b) Viuú(a): cópias da Certidão de Casamento e a Certidão de Óbito da(o) cônjuge. c) Separado(a)/Divorciado(a): cópia da Certidão de Casamento, com averbação do divórcio/separação.
5. Cópias simples dos documentos de identidade com RG e CPF da(o) companheira(o).
6. Preenchimento do presente requerimento, onde consta a Declaração de União Estável, <u>com assinatura de ambos</u> , tanto do(a) contribuinte, como da(o) companheira(o).
7. Em razão do § 1º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, e também do § único, do Artigo 14, do Decreto Estadual Nº 52.860/08, a apresentação de decisão judicial irrecorrível reconhecendo a União Estável, dispensa a apresentação dos documentos comprobatórios relacionados nos itens abaixo.
8. Para comprovação de União Estável , apresentar, pelo menos, 02 (dois) dos documentos relacionados a seguir (Artigo 14, do Decreto Estadual Nº 52.860/08): a) Escritura Pública Declaratória de União Estável, firmada no Cartório de Registro de Notas. b) Certidão de Nascimento de filhos havidos em comum. c) Certidão/declaração de casamento religioso. d) Cópia do Imposto de Renda do(a) PM Contribuinte onde declara e identifica a(o) companheira(o). e) Disposições testamentárias. f) Comprovação de residência em comum, apresentando 01 (um) comprovante de residência em nome de cada um, com data de emissão inferior a 06 (seis) meses. g) Prova de encargos domésticos que evidenciem a existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil. h) Procuração ou fiança reciprocamente outorgada. i) Conta conjunta entre contribuinte e a(o) companheira(o). j) Registro em associação de classe, constando a(o) companheira(o) como beneficiária(o) do PM Contribuinte. k) Comprovação de compra e venda de imóvel, em nome de ambos os conviventes. l) Apólice de seguro na qual conste os conviventes, PM Contribuinte e companheira(o), arrolados como Instituidor(a) do seguro e/ou beneficiária(o). m) Contrato de locação, em que figurem como locatários ambos os conviventes. n) Inscrição em instituição de assistência médica constando os conviventes, um como responsável e o outro como beneficiário.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE				
NOME				
RE	Posto/Graduação	CPF	Registro Geral (RG)	
			Número	Dígito
Data de nascimento:	Aposentado: () 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:	



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

sábado, 13 de março de 2021

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 131 (50) – 13

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

DADOS PESSOAIS – COMPANHEIRA(O)			
NOME			
Sexo:	Data de nascimento:	CPF:	Registro Geral (RG):
			Número: Dígito:
Parentesco:		Estado Civil:	
Nome da mãe:		Nome do pai:	
Contatos – Companhia(o)			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro – recado:	Email:

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Requeiro a inclusão/atualização de dados, da(o) companheira(o), acima qualificada(o), como beneficiária(o) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Inciso I, 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.

DECLARO, sob as penas da Lei, que convivemos continuamente em União Estável, nos termos do Artigo 1723, da Lei Federal Nº 10.406, de 10/01/2002 – Código Civil Brasileiro.

Caso ocorra alteração ou interrupção ou dissolução da União Estável, comprometo-me imediatamente a comunicar formalmente à CBPM.

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, da Lei Federal Nº 13.709/18, há o consentimento do contribuinte e da(o) beneficiária(o) 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 companheira(o):

Data: ____/____/____.

Assinatura contribuinte:



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
Imprensa Oficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

sábado, 13 de março de 2021

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 131 (50) – 13

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

TESTEMUNHA			
NOME:			
CPF:	RG:	Data de nascimento:	
Logradouro (endereço):			Nº
Bairro:	Cidade:	CEP	Telefone
Testemunho, sob as penas da Lei, que o(a) PM Contribuinte e a(o) sua/seu companheira(o) ora qualificados no presente ato, convivem em União Estável, constituindo núcleo familiar. Desde já, estou ciente de que as declarações falsas sujeitam seus autores às sanções previstas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, bem como a responder solidariamente na esfera civil pelos prejuízos que acarretar.			
de Local e data			Assinatura Testemunha

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-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – FILHO(S) E ENTEADO(S)			
1. 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 devidamente assinado pelo contribuinte e pelos filhos ou enteados maiores de 12 (doze) anos de idade (criança até 12 anos não é necessário assinar), anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo.			
2. Para fins de inclusão de filhos(as) legítimos(as) como beneficiários(as), apresentar cópia simples da certidão de nascimento, com documentos legais que contenham o CPF e o RG..			
3. Para fins de inclusão de enteados(as), apresentar os mesmos documentos exigidos para os filhos(as), pois conforme Número 1 do § 2º da Lei Estadual Nº 452/74, os 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.			
4. 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.			
5. Para o filho(a) ou enteado(a) com invalidez, posteriormente à sua inclusão como beneficiário(a), o Contribuinte deve elaborar requerimento específico na CBPM para ser inscrito como beneficiário inválido, devendo o referido dependente ser submetido 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:	Aposentado: () 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:



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

sábado, 13 de março de 2021

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 131 (50) – 13

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: ____/____/____.	Data: ____/____/____.
Assinatura filho/enteado acima de 12 anos de idade:	Assinatura contribuinte:
Nome _____	_____
Assinatura _____	
Data: ____/____/____.	Data: ____/____/____.
Assinatura filho/enteado acima de 12 anos de idade:	Assinatura filho/enteado acima de 12 anos de idade:
Nome _____	Nome _____
Assinatura _____	Assinatura _____



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

14 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

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 GENITORES ANEXO "D" da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

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. Portanto, para inscrever seus pais como beneficiários, o contribuinte não deve 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 e genitores.
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 simples de Certidão de Nascimento ou Casamento do(s) genitor(es), emitida(s) em Cartório a menos de 6 (seis) meses.
5. Caso um dos genitores for falecido: cópia da certidão de óbito.
6. Caso os genitores forem separados: cópia do inteiro teor da separação, em que conste a partilha de bens e pensão alimentícia.
7. Caso os genitores exerçam atividade remunerada: cópia do último holerite e da carteira profissional em que constem os respectivos registros das empresas.
8. Cópia(s) do RG e CPF do(s) genitor(es).
9. Cópia do último demonstrativo de pagamento do militar contribuinte.
10. Para fins de comprovação de dependência econômica, apresentação de no mínimo 02 (dois) documentos relacionados a seguir, com parâmetro no artigo 15, do Decreto Estadual Nº 52860, 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(s) interessado(s) como dependente(s) do contribuinte.
c) Disposições testamentárias.
d) Comprovação de residência em comum do contribuinte e dos genitores.
e) Apólice de seguro em que conste os genitores como beneficiário(s) do contribuinte.
f) Registro em associação de classe onde conste os genitores como beneficiário(s) do contribuinte.
g) Inscrição em instituição de assistência médica dos genitores como beneficiário(s) do contribuinte.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE				
NOME				
RE	Posto/Graduação	CPF	Registro Geral (RG)	
			Número	Dígito
Data de nascimento:	Aposentado: () 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:	

Assinatura (visto) PM Contribuinte



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

14 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

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

DADOS PESSOAIS DO(A) GENITOR(A)			
NOME			
Sexo:	Data de nascimento:	CPF:	Registro Geral (RG):
			Número: Dígito:
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)			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro – recado:	Email:

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.

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.

Caso ocorra alteração nas condições dos genitores constantes desta Declaração, comprometo-me a comunicar formalmente a CBPM, apresentando cópia da documentação pertinente.

Tenho ciência que ao surgir outro(s) beneficiário(s) obrigatório(s), meu/minha genitor(a) será excluído(a) da AMH CBPM.

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, 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 genitor(a):

Data: ____/____/____.

Assinatura contribuinte:



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

14 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

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 MENOR SOB GUARDA – TUTELA – CURATELA ANEXO “E” da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS			
1. Conforme nº 2 e 3, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452, de 02 de outubro de 1974, com as alterações da Lei Complementar Nº 1353/20, os menores sob Guarda Judicial, bem como os menores sob Tutela e Curatela, os quais comprovadamente vivam sob a dependência econômica do contribuinte, equiparam-se aos filhos legítimos previstos no Inciso II, do artigo 34, da mesma Lei, ora referida. Para tanto, são necessários os documentos relacionados nos tópicos seguintes, e ao final, assinado pelo(a) contribuinte e pelo dependente que for maior de 12 anos de idade.			
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. Apresentar os Termos que comprovem a Guarda Judicial, Tutela ou Curatela do(a)(s) menor(es) de idade.			
4. Cópia do RG e CPF do(a) menor dependente.			
5 Para fins de <u>comprovação de dependência econômica</u> , apresentar pelo menos 02 (dois) dos documentos relacionados a seguir, com parâmetro no artigo 15 do Decreto Estadual Nº 52860, 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 como dependente(s) do contribuinte.			
c. Disposições testamentárias.			
d. Comprovação de residência em comum.			
e. Apólice de seguro em que conste o(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte.			
f. Registro em associação de classe onde conste o(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte.			
g. Inscrição em instituição de assistência médica do(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte.			

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE			
NOME			
RE	Posto/Graduação	CPF	Registro Geral (RG)
			Número Dígito
Data de nascimento:	Aposentado: () 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 – MENOR SOB GUARDA/TUTELA/CURATELA			
NOME			
Sexo:	Data de nascimento:	CPF:	Registro Geral (RG):
			Número: Dígito:
Parentesco:		Estado Civil:	
Nome da mãe:		Nome do pai:	
Contatos – Menor sob Guarda/Tutela/Curatela			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro – recado:	Email:

Assinatura (visto) PM Contribuinte



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

14 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

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

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a inclusão como beneficiário(a) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, do(a) menor ora qualificado(a), que se encontra sob minha dependência econômica.

Conforme documentação juntada, está sob minha (assinalar abaixo):

- () Guarda Judicial.
() Tutela.
() Curatela.

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 nas condições de guarda, tutela ou curatela 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, 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 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.

<p>Data: ____/____/____.</p> <p>Assinatura filho/enteado acima de 12 anos de idade:</p> <p>_____</p>	<p>Data: ____/____/____.</p> <p>Assinatura contribuinte:</p> <p>_____</p>
--	---



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

sábado, 13 de março de 2021

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 131 (50) – 15

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 BENEFICIÁRIO(A) COM INVALIDEZ ANEXO "F" da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS

- Conforme o Inciso II e § 3º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, os filhos(as)/enteados(as) que por meio de comprovação de atestado emitido pelo órgão médico da Polícia Militar, forem considerados inválidos para o trabalho, são atendidos pela Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, enquanto perdurar a invalidez. Desta forma, deve ser registrada no cadastro do(a) beneficiário(a) a identificação da necessidade especial, conforme a correspondente Classificação Internacional de Doenças (CID). Para tanto, são necessários os documentos relacionados nos tópicos seguintes a serem encaminhados com o presente Requerimento, devidamente assinado pelo(a) contribuinte e pelo dependente que for maior de 12 anos de idade, este se puder assinar.
- A confirmação da inclusão do dependente como beneficiário portador de invalidez, vai depender de laudo emitido pelo Centro Médico da Polícia Militar, razão pela qual, munido de documentação produzida pela CBPM a partir deste Requerimento, o dependente deve ser apresentado naquele Centro para ser submetido a Exame por Junta Médica.
- Todos os documentos ora solicitados, devem ser entregues conjuntamente, pois fazem parte de um mesmo processo e produzem provas que resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros.
- Cópia simples da certidão de nascimento do(a) dependente com data atualizada, emitida há menos de 6 (seis) meses.
- Comprovante com declaração médica atestando, discriminadamente, que o dependente é portador de necessidades especiais.
- Cópia simples dos documentos de RG e CPF do(a) dependente.
- Cópia do último demonstrativo de pagamento do militar contribuinte.
- Para fins de comprovação de dependência econômica, **apresentar pelo menos 02 (dois) dos documentos** relacionados a seguir, com parâmetro no artigo 15, do Decreto Estadual Nº 52860, de 02 de abril de 2008:
 - Declaração pública de dependência econômica, feita perante Tabelião de Notas.
 - Cópia de declaração de Imposto de Renda, em que conste como dependente(s) do contribuinte.
 - Disposições testamentárias.
 - Comprovação de residência em comum.
 - Apólice de seguro em que conste o(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte.
 - Registro em associação de classe onde conste o(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte.
 - Inscrição em instituição de assistência médica do(a) dependente como beneficiário(a) do contribuinte.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE

NOME			
RE	Posto/Graduação	CPF	Registro Geral (RG)
			Número
			Dígito
Data de nascimento:	Aposentado: () 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:

Assinatura (visto) do PM Contribuinte



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

sábado, 13 de março de 2021

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 131 (50) – 15

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

DADOS PESSOAIS DO DEPENDENTE				
NOME				
Sexo:	Data de nascimento:	CPF:	Registro Geral (RG):	
			Número:	Dígito:
Parentesco:	Inválido: () SIM		Invalidéz Definitiva: () SIM	
Estado Civil:	() NÃO		() NÃO	
Necessidade Especial – Classificação Internacional de Doenças (CID):				
Nome da mãe:				
Nome do pai:				
Endereço do dependente				
Logradouro:			Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade	UF	CEP	
Contatos do Dependente				
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro – recado:	Email:	

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a inclusão do(a) dependente acima qualificado(a) e que vive sob minha dependência econômica, como beneficiário(a) portador de invalidez na CBPM para fins de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Inciso II e no § 3º, 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 do dependente constante desta Declaração, comprometo-me a comunicar formalmente à 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, 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 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: ____/____/____.	Data: ____/____/____.
Assinatura do(a) dependente acima de 12 anos de idade:	Assinatura contribuinte:
_____	_____



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

sábado, 13 de março de 2021

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 131 (50) – 15

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

FICHA DE DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DE CÔNJUGE/ENTEADO(A) ANEXO "G" da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
1. Conforme Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, a(o) cônjuge e a(o) companheira(o) é beneficiária(o) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM. O fim do casamento extingue este direito.				
2. Com o término do casamento, para a exclusão de cônjuge, o(a) PM contribuinte deve informar por meio do presente requerimento à CBPM, fornecendo cópia da decisão judicial de divórcio com trânsito em julgado ou a Certidão de Casamento com a averbação de divórcio.				
3. Filhos legítimos havidos em comum não podem ser excluídos, pois são beneficiários obrigatórios e assim permanecerão até completar 21 anos de idade, e os inválidos, que serão assistidos enquanto perdurar a invalidez, conforme o Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.				
4. Os enteados devem ser excluídos, pois conforme Nº 1, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, equiparam-se aos filhos legítimos enquanto durar o casamento ou a união estável. Desta forma, devido a exclusão da(o) cônjuge, os enteados eventualmente inscritos na CBPM, devem ser abaixo relacionados e excluídos.				

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE				
NOME				
RE:	Posto/Graduação:	OPM:	CPF:	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:	

IDENTIFICAÇÃO – EX-CÔNJUGE		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) – *PREENCHER CASO HOUVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) – *PREENCHER CASO HOUVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) – *PREENCHER CASO HOUVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

sábado, 13 de março de 2021

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 131 (50) – 15

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

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a exclusão da(o) ex-cônjuge, acima identificada(o), do rol de beneficiários do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, em razão do fim do casamento comprovado mediante documentação apresentada conforme segue:

- () Cópia da Certidão de Casamento com averbação de divórcio.
- () Cópia da Decisão Judicial de Divórcio com trânsito em julgado.

Fico ciente que até a data de exclusão da(o) ex-cônjuge do sistema de cadastro de rol de beneficiários da CBPM, haverá o desconto no código 080018 – coparticipação financeira nas eventuais despesas de atendimentos ambulatoriais, hospitalares e de obstetrícia até então realizados, nos termos do § 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74, sendo que a partir da referida data, a(o) ex-cônjuge não mais tem direito a cobertura de AMH do regime da CBPM com a Cruz Azul.

Havendo enteado(a)(s) inscritos(as), requeiro a exclusão dos acima identificados, com fundamento no nº 1, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

_____, _____ de _____ de 20____
Local e data

Assinatura do(a) PM Contribuinte



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

16 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

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

FICHA DE DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DE COMPANHEIRA(O)/ENTEADO(A)/ DISSOLUÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL ANEXO "H" da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
1. Conforme Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, a(o) cônjuge e a(o) companheira(o) é beneficiária(o) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM. O fim da União Estável extingue este direito.
2. O PM Contribuinte deve solicitar por meio do presente requerimento à CBPM, a exclusão da(o) companheira(o), declarando a interrupção/dissolução da União Estável.
3. O presente requerimento deve ter o ciente da(o) ex-companheira(o) , o qual assina conjuntamente com o(a) contribuinte. Na impossibilidade , deve ter a assinatura de 01 (uma) testemunha que comprove a dissolução da união estável . A testemunha não pode ser parente e nem ter o mesmo endereço.
4. A comprovação da dissolução de união estável pode ser feita ainda mediante a apresentação de Instrumento Particular de Dissolução de União Estável devidamente registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos, ou mediante apresentação de nova Certidão de Casamento com outra pessoa.
5. Filhos legítimos havidos em comum não podem ser excluídos, pois são beneficiários obrigatórios e assim permanecerão até completar 21 anos de idade, e os inválidos, que serão assistidos enquanto perdurar a invalidez, conforme o Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.
6. Os enteados devem ser excluídos, pois conforme o Nº 1, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, equiparam-se aos filhos legítimos enquanto durar o casamento ou a união estável. Desta forma, devido a exclusão da(o) companheira(o), os enteados eventualmente inscritos na CBPM, devem ser abaixo relacionados e excluídos.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE				
NOME				
RE:	Posto/Graduação:	OPM:	CPF:	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:	

IDENTIFICAÇÃO - EX-COMPANHEIRA(O)		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) - *PREENCHER CASO HOVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) - *PREENCHER CASO HOVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) - *PREENCHER CASO HOVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

Assinatura (visto) do PM Contribuinte



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

16 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

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

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a exclusão da(o) ex-companheira(o) ora identificada(o), do rol de beneficiários do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

Declaro que houve a dissolução da União Estável, não mais constituindo família.

Reconheço que até a data de exclusão da(o) ex-companheira(o) do sistema de cadastro do rol de beneficiários da CBPM, haverá o desconto no código 080018 – coparticipação financeira nas eventuais despesas de atendimentos ambulatoriais, hospitalares e de obstetrícia até então realizados, nos termos do § 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74, sendo que a partir da referida data, a(o) ex-companheira(o) não mais tem direito a cobertura da assistência médico-hospitalar do regime da CBPM com a Cruz Azul.

Havendo enteado(a)(s) inscritos(as), requeiro a exclusão dos acima identificados, com fundamento no Nº 01, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

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, e por fim, às previstas no Regulamento Disciplinar da PMESP.

_____, _____ de _____ de 20____.
LOCAL E DATA

Assinatura do(a) PM Contribuinte

CIÊNCIA DA(O) EX-COMPANHEIRA(O)
Em ____/____/____
Ciente.
_____ Assinatura da(o) Ex-companheira(o)

TESTEMUNHA			
Para caso não for possível coletar o ciente da(o) ex-companheira(o) e nem houver comprovação escrita			
NOME:			
CPF:	RG:	Data de nascimento:	
Logradouro (endereço):			Nº
Bairro:	Cidade:	CEP	Telefone
Testemunho, sob as penas da Lei, que houve a interrupção e/ou dissolução da União Estável, não mais constituindo núcleo familiar. Desde já, estou ciente de que as declarações falsas sujeitam seus autores às sanções previstas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, bem como a responder solidariamente na esfera civil pelos prejuízos que acarretar.			
_____, _____ de _____ Local e data		_____ Assinatura Testemunha	



Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder
Executivo
seção I
imprensaoficial
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000
Volume 131 • Número 50 • São Paulo, sábado, 13 de março de 2021

www.imprensaoficial.com.br

16 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

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-028/01/2021

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 demonstrativo de pagamento e/ou da matrícula da pensão (caso necessário).				
5. Cópia do comprovante de endereço (caso necessário).				

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.

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.

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

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.

_____, de _____ de 20_____
Local e data

Assinatura Pensionista

Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

**Poder
Executivo
seção I**

imprensaoficial

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000

www.imprensaoficial.com.br

16 – São Paulo, 131 (50)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

sábado, 13 de março de 2021

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

REQUERIMENTO DE SOLICITAÇÃO EM GERAL
ANEXO "J" da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES

1. O presente formulário deve ser utilizado para solicitações gerais, a exemplo de cópias de documentos, pedido de certidões, cartão de identificação de beneficiário (credenciais), extratos de despesas médicas, pedidos de ressarcimento, contestações etc, bem como informação de assuntos gerais, a exemplo de extravios de cartão de identificação de usuário do AMH/CBPM.
2. Quando necessário, anexar cópia de documentos que comprovem ou demonstrem o que está sendo requerido, a exemplo de cópia de demonstrativo de pagamento apontando o valor contestado etc.
3. Inclusão e exclusão de beneficiários, bem como solicitação de reinclusão administrativa não deve ser requerida por este instrumento, pois têm formulários específicos, disponíveis no sítio eletrônico da Caixa Beneficente (<http://www2.cbpm.sp.gov.br/>), ou pessoalmente no Posto de Atendimento Integrado (PAI) na Rua Alfredo Maia, 218, CEP 01106-010.
4. No caso de requerimento elaborado pelo dependente de contribuinte, deve constar a justificativa da impossibilidade daquele em fazê-lo, a exemplo de questões de saúde, internação, viagem etc.

DADOS PESSOAIS DO(A) REQUERENTE

NOME		<input type="checkbox"/> Policial Militar <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Dependente/beneficiário	
RE ou Matrícula:	CPF:	Registro Geral (RG) Número Dígito	
Nome do pai:		Nome da mãe:	
Endereço do(a) Requerente			
Logradouro:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) Requerente			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro - recado:	Email:

Por intermédio do presente formulário, requeiro/informo/solicito _____

[illegible]

de _____ de 20

Local e data

Assinatura Requerente