



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



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIO(A) POR INVALIDEZ – C.06

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS - Invalidez
1. Conforme o Inciso II e parágrafo 3º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, filhos(as), ou 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 ou seu representante legal.
2. A inclusão do dependente como beneficiário portador de invalidez, só será processada com apresentação de laudo emitido pelo Centro Médico da Polícia Militar, acompanhado da documentação produzida pela CBPM. A partir deste Requerimento, o dependente deve ser apresentado naquele Centro para ser submetido a Exame por Junta Médica.
3. 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.
4. Cópia simples da <b>certidão de nascimento</b> do(a) <b>dependente</b> (com emissão inferior a 6 meses, para os maiores de 12 anos).
5. Atestado de Saúde (com emissão inferior a 3 (três) meses) declarando, discriminadamente, que o dependente é portador de incapacidade ou invalidez conforme o parágrafo 1º do art. 2º e inciso IV do Art. 4º da RESOLUÇÃO CFM Nº 2.381/2024 - CFM.
6. Cópia simples dos documentos legais que contenham o nº do RG, do CPF ou do <b>CIN (Carteira de Identidade Nacional)</b> do(a) <b>dependente</b> e do(a) <b>militar contribuinte</b> .
7. Cópia do último <b>demonstrativo de pagamento (holerite)</b> do militar contribuinte.
8. Para fins de <u>comprovação de dependência econômica</u> , <b>apresentar pelo menos 02 (dois) dos documentos</b> 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 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	RG/CIN
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 DEPENDENTE COM INVALIDEZ			
NOME			Nome social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG/CIN
Parentesco:	Civil	Invalidez Definitiva ( ) SIM ( ) NÃO	
Necessidade Especial – Classificação Internacional de Doenças (CID)			

Visto contribuinte \_\_\_\_\_

Endereço residencial do dependente			
Logradouro		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do Dependente			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro – recado	Email
Nome da mãe		Nome do pai	

### **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 parágrafo 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 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, e por fim, às sanções 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, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura contribuinte: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Documentos Apresentados e conferidos				
Uso Interno	( ) Holerite contribuinte.		( ) RG/CPF Dependente.	
	( ) RG/CPF Contribuinte.		( ) CIN Dependente.	
	( ) CIN Contribuinte.		( ) Certidão de nascimento.	
	( ) Comprovante Dependência Econômica		( ) Declaração médica	
	( ) Laudo CMed – Juntado em: ____/____/____ visto _____			
	PROCEDIMENTO	DATA	NOME	RUBRICA
	Atualizado por	____/____/____		
Conferido por	____/____/____			
Digitalizado por	____/____/____			
Processo SEI por	____/____/____			
Concluído por	____/____/____			