



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



FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE SAÚDE DE BENEFICIÁRIO(A) – R.02

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO – () BENEFICIÁRIO(A) / () PENSIONISTA			
NOME			Nome Social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG
Parentesco		Estado Civil	
Altura	Peso	Telefone	Email Pessoal

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE			
NOME			
RE	Posto/Graduação	CPF	É PM inativo(a)? () SIM () NÃO

Beneficiário(a), pensionista ou seu representante legal, deverá responder, assinalando “sim” ou “não” para cada uma das perguntas a seguir:

1.	Problemas de circulação nas veias e artérias (varizes, aneurismas e/ou outros)?	() sim	() não
2.	Problemas no coração (infarto, pressão alta, arritmia, e/ou outros)?	() sim	() não
3.	Problemas glandulares (tireóide e/ou outros) ou hormonais (diabetes e/ou outros)?	() sim	() não
4.	Problemas gastrointestinais (estômago, vesícula, fígado, intestino e/ou ânus)?	() sim	() não
5.	Hérnias de qualquer tipo?	() sim	() não
6.	Problemas com o sangue, como: anemia, leucemia e/ou outros?	() sim	() não
7.	Problemas com cálculos renais e/ou vesícula?	() sim	() não
8.	Problemas urinários, nos rins, bexiga, uretra, próstata etc?	() sim	() não
9.	Problemas neurológicos (derrames, paralisia e/ou outros)?	() sim	() não
10.	Problemas psiquiátricos (depressão e/ou outros)?	() sim	() não
11.	Problemas de ouvido, nariz e garganta?	() sim	() não
12.	Problemas respiratórios (asma, pneumonia e/ou outros)?	() sim	() não
13.	Problemas ortopédicos (artrite, coluna, deformidades e/ou outros)?	() sim	() não
14.	Problemas ginecológicos (mamas, ovários, útero e/ou outros)?	() sim	() não
15.	Problemas infectocontagiosos (aids, hepatite e/ou outros)?	() sim	() não
16.	Problemas de cânceres ou tumores de qualquer natureza?	() sim	() não
17.	Problemas congênitos ou hereditários?	() sim	() não
18.	Problemas oftalmológicos (catarata, glaucoma, miopia e/ou outros)?	() sim	() não
19.	Doenças da pele (dermatite, pintas escuras, queloides, psoríase e/ou outras)?	() sim	() não
20.	Realizou ou realiza tratamento para dependência química (álcool e/ou drogas)?	() sim	() não
21.	Já necessitou de internação para tratamento clínico ou cirúrgico? Caso a resposta for sim, especifique qual o tratamento:	() sim	() não
22.	Realiza ou tem programado algum tratamento clínico ou cirúrgico?	() sim	() não
23.	Possui alguma doença que não foi mencionada acima? Caso a resposta for sim, especifique qual a doença:	() sim	() não

DATA: ____/____/____	Assinatura contribuinte/pensionista	Assinatura beneficiário(a)/representante legal
Nome		
CPF		