



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



DECLARAÇÃO DE SAÚDE DE BENEFICIÁRIO(A) E/OU PENSIONISTA

IDENTIFICAÇÃO - BENEFICIÁRIO(A)/PENSIONISTA	
NOME:	
GRAU DE PARENTESCO:	
DATA DE NASCIMENTO:	
CPF:	
Altura:	Peso:

IDENTIFICAÇÃO DO(A) CONTRIBUINTE	
NOME:	
Posto/Graduação:	RE:

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