



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)

- 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.
- 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..
- 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.
- 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 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:	



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) / Enteado(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.*

<p style="text-align: center;">Data: ____/____/____.</p> <p>Assinatura filho/enteado acima de 12 anos de idade:</p> <p>Nome _____</p> <p>Assinatura _____</p>	<p style="text-align: center;">Data: ____/____/____.</p> <p>Assinatura contribuinte:</p> <p>_____</p>
<p style="text-align: center;">Data: ____/____/____.</p> <p>Assinatura filho/enteado acima de 12 anos de idade:</p> <p>Nome _____</p> <p>Assinatura _____</p>	<p style="text-align: center;">Data: ____/____/____.</p> <p>Assinatura filho/enteado acima de 12 anos de idade:</p> <p>Nome _____</p> <p>Assinatura _____</p>