



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 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:
  - 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<br>( ) 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



**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.*

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