



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



FICHA DE DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA
REQUERIMENTO DE INCLUSÃO E/OU ATUALIZAÇÃO DE DADOS
DE PENSIONISTA BENEFICIÁRIO(A) DO AMH
ANEXO "I" da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS
1. O inciso VIII, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, inclui os pensionistas de militares estaduais como beneficiários obrigatórios do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM. Em razão disso, podem e devem ter seus dados incluídos e atualizados no Cadastro de Beneficiários da AMH/CBPM, por meio do presente formulário, devidamente assinado.
2. Todos os documentos ora solicitados, quando necessários, devem ser entregues conjuntamente, pois resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros.
3. Cópia simples do RG e CPF do(a) pensionista (caso necessário).
4. Cópia do demonstrativo de pagamento e/ou da matrícula da pensão (caso necessário).
5. Cópia do comprovante de endereço (caso necessário).

DADOS PESSOAIS DO(A) PENSIONISTA			
NOME		CPF:	
Data de Nascimento:	Matrícula SPPrev:	Estado Civil:	Registro Geral (RG)
			Número Dígito
Nome do pai:		Nome da mãe:	
Endereço do(a) Pensionista			
Logradouro:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) Pensionista			
Telefone Residencial:	Telefone Celular:	Telefone outro – recado:	Email:

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a inclusão (ou atualização de dados) no cadastro de beneficiários do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) CBPM, com fundamento no Inciso VIII, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

Reconheço que haverá o desconto no código 080018 – coparticipação financeira nas despesas de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, nos termos do § 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74.

Caso ocorra alteração nos dados 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.



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



Nos termos do Inciso XII, do Artigo 5º, da Lei Federal Nº 13.709/18, há o meu consentimento 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.*

_____, _____ de _____ de 20____
Local e data

Assinatura Pensionista