



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



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE FILHOS – C.03

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – FILHO(S)

- Conforme Inciso II, bem como, no parágrafo 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, filhos(as), naturais ou por vínculo de afinidade, 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, assinado pelo(a) contribuinte ou seu representante legal, anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo.
- Todos os documentos ora solicitados, devem ser anexados ao presente requerimento e entregues conjuntamente, pois resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros.
- Cópia simples da **Certidão de Nascimento**, emitida em Cartório (com data de atualização inferior a 6 (seis) meses para os filhos maiores de 15 anos) e documentos legais que contenham o número do **CPF e RG** do(a) referido(a) filho(a) a ser inscrito(a).
- Cópia do **último demonstrativo** de pagamento do(a) PM contribuinte CBPM (holerite), onde conste a contribuição para a CBPM.
- Para fins de inclusão de filhos(as) por afinidade, apresentar os mesmos documentos exigidos para os filhos(as) naturais, pois conforme Número 1, do parágrafo 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, os(as) filhos(as) por afinidade equiparam-se aos filhos naturais enquanto durar o casamento ou união estável, sendo que no caso de dissolução do referido casamento ou da união estável, filhos(as) por afinidade perderão o benefício.
- Ainda, para fins de inclusão de filhos (as) por afinidade, 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) natural ou por afinidade com invalidez, posteriormente à sua inclusão como beneficiário(a), o Contribuinte deve elaborar requerimento específico na CBPM (formulário próprio) para ter o(a) filho(a) inscrito(a) também como beneficiário(a) inválido(a), devendo o(a) referido(a) dependente ser submetido(a) 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

<b>NOME</b>			
RE	Posto/Graduação	CPF	RG
Data de nascimento:	É PM inativo(a)? ( ) SIM ( ) NÃO	Registro SPPrev (Inativo)	Estado Civil
Endereço Residencial do(a) PM Contribuinte			
Logradouro:		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) PM Contribuinte			
Telefone Residencial ( )	Telefone Celular ( )	Telefone outro – recado ( )	Email Pessoal

DADOS PESSOAIS - FILHO(A) (1)

<b>NOME</b>			Nome Social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG
Parentesco: ( ) filho(a) natural ( ) filho(a) por vínculo de afinidade		Estado Civil	
Nome da mãe		Nome do pai	
Endereço Residencial do(a) filho (a)			
Logradouro:		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos - Filho(a)			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro - recado	Email Pessoal

DADOS PESSOAIS - FILHO(A) (2)

<b>NOME</b>			Nome Social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG
Parentesco: ( ) filho(a) natural ( ) filho(a) por vínculo de afinidade		Estado Civil	
Nome da mãe		Nome do pai	

Visto contribuinte \_\_\_\_\_

Endereço Residencial do(a) filho (a)			
Logradouro:		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos - Filho(a)			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro - recado	Email Pessoal

### **REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO**

Requeiro a inclusão/atualização de dados, dos(as) filhos(as) (naturais ou por vínculo de afinidade nos termos dos Artigos 1.593 e 1.595 do Código Civil) acima qualificados(as), como beneficiários(as) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento nos Incisos II e no parágrafo 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 parágrafo 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74.

Tenho ciência que a dissolução do casamento/união estável gera a perda automática do direito ao uso da AMH/CBPM por parte de ex-cônjuge, ex-companheiro(a) e filhos por afinidade.

Caso ocorra alteração, ou dissolução do Casamento/união estável, 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 e demais documentos comprobatórios.

Estou ciente que as declarações são de inteira responsabilidade do contribuinte, que responderá por eventuais inconsistências das informações, nos termos da lei, bem como de indenizar o Estado ou terceiros por prejuízos decorrentes, incluindo eventuais despesas médicas e hospitalares suportadas indevidamente pelo regime de AMH/CBPM, e por fim, às sanções 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.*

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Assinatura contribuinte: \_\_\_\_\_

Nome : \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Documentos Apresentados e conferidos			
<b>Uso Interno</b>	( ) Holerite contribuinte.		
	<b>1)</b>	<input type="checkbox"/> Filho(a) natural <input type="checkbox"/> por afinidade	<b>2)</b> <input type="checkbox"/> Filho(a) natural <input type="checkbox"/> por afinidade
		<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento	<input type="checkbox"/> Certidão de nascimento
		<input type="checkbox"/> RG	<input type="checkbox"/> RG
		<input type="checkbox"/> CPF	<input type="checkbox"/> CPF
		<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>DATA</b>
	Conferido por	____/____/____	
	Atualizado por	____/____/____	
	Digitalizado por	____/____/____	
	Lançado por	____/____/____	