



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



FORMULARIO DE REQUERIMENTO DE INCLUSÃO E/OU ATUALIZAÇÃO DE PENSIONISTA
– C.09

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS - PENSIONISTA
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 beneficiário(a), preservando a legalidade e integralidade dos registros.
3. Cópia simples do RG e CPF do(a) pensionista.
4. Cópia do comprovante de endereço .
5. Cópia do demonstrativo de pagamento e cópia da certidão de óbito .
6. Documentos de procuração ou de interdição quando for o caso.
7. Inscrição provisória de 60 (sessenta) dias : Para dependente já inscrito(a) na CBPM como beneficiário(a) do regime de AMH, contudo, ainda com pendência em andamento no processo de pensão, e para não haver solução de continuidade em eventual tratamento de saúde em andamento, poderá requerer a inscrição provisória no regime de AMH da CBPM com a Cruz Azul de São Paulo, com validade de 60 (sessenta) dias, mediante o preenchimento do presente formulário, todavia juntando a este, uma cópia simples do protocolo do pedido de pensão junto à SPPREV , comprometendo-se pelas dívidas de coparticipação geradas se deferida a pensão ou o valor total do tratamento no caso de indeferimento do benefício.

DADOS PESSOAIS DO(A) PENSIONISTA				
NOME			CPF	
Data de Nascimento	Matrícula SPPrev	Estado Civil	RG	
Nome do pai		Nome da mãe		
Endereço Residencial do(a) Pensionista				
Logradouro			Número	Complemento
Bairro	Cidade		UF	CEP
Contatos do(a) Pensionista				
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro – recado	Email Pessoal	
DADOS PESSOAIS DO CONTRIBUINTE LEGADOR				
NOME			Data Óbito	CPF
DADOS DO () RESPONSÁVEL POR PROCURAÇÃO ou () CURADOR				
NOME				CPF

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 e autorizo os descontos nos códigos 070018 – Contribuição de Assistência e 080018 – Coparticipação financeira nas despesas de atendimentos ambulatoriais e hospitalares, nos termos do parágrafo 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74.

Visto pensionista _____

Na hipótese de ser provisória a inscrição (conforme descrição no item 7 do quadro de “Orientações e Documentos Comprobatórios” do presente formulário) e esta **não ser aprovada** pelo órgão competente, **comprometo-me a quitar o valor total do tratamento** em razão da utilização do **regime de AMH/CBPM**.

Caso ocorra alteração nos dados constantes desta Declaração, comprometo-me a **comunicar** formalmente a CBPM, **apresentando** cópia da **documentação pertinente**.

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.

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.*

Data, ____ / ____ / ____.

Assinatura contribuinte: _____

Nome: _____ CPF: _____

Documentos Apresentados e conferidos			
Uso Interno	<input type="checkbox"/> RG do(a) Pensionista.	<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito do militar Legador.	
	<input type="checkbox"/> CPF do(a) Pensionista.	<input type="checkbox"/> Protocolo do pedido de pensão junto à SPPrev.	
	<input type="checkbox"/> Comprovante de endereço.	<input type="checkbox"/> Holerite do(a) Pensionista.	
	<input type="checkbox"/> Procuração.	<input type="checkbox"/> Documento de interdição.	
	<input type="checkbox"/> _____		
PROCEDIMENTO	DATA	NOME	RUBRICA
Conferido por	____/____/____		
Atualizado por	____/____/____		
Digitalizado por	____/____/____		
Lançado por	____/____/____		