



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



FICHA DE DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA
REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DE CÔNJUGE/ENTEADO(A)
ANEXO "G" da Portaria Nº CBPM-028/01/2021

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
1. Conforme Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, a(o) cônjuge e a(o) companheira(o) é beneficiária(o) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM. O fim do casamento extingue este direito.
2. Com o término do casamento, para a exclusão de cônjuge, o(a) PM contribuinte deve informar por meio do presente requerimento à CBPM, fornecendo cópia da decisão judicial de divórcio com trânsito em julgado ou a Certidão de Casamento com a averbação de divórcio.
3. Filhos legítimos havidos em comum não podem ser excluídos, pois são beneficiários obrigatórios e assim permanecerão até completar 21 anos de idade, e os inválidos, que serão assistidos enquanto perdurar a invalidez, conforme o Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.
4. Os enteados devem ser excluídos, pois conforme Nº 1, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, equiparam-se aos filhos legítimos enquanto durar o casamento ou a união estável. Desta forma, devido a exclusão da(o) cônjuge, os enteados eventualmente inscritos na CBPM, devem ser abaixo relacionados e excluídos.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE				
NOME				
RE:	Posto/Graduação:	OPM:	CPF:	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:	

IDENTIFICAÇÃO – EX-CÔNJUGE		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) – *PREENCHER CASO HOVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) – *PREENCHER CASO HOVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

IDENTIFICAÇÃO – ENTEADO(A) – *PREENCHER CASO HOVER*		
NOME		
Data de Nascimento:	CPF:	RG

ASSINATURA VISTO 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 exclusão da(o) ex-cônjuge, acima identificada(o), do rol de beneficiários do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, em razão do fim do casamento comprovado mediante documentação apresentada conforme segue:

- Cópia da Certidão de Casamento com averbação de divórcio.
- Cópia da Decisão Judicial de Divórcio com trânsito em julgado.

Fico ciente que até a data de exclusão da(o) ex-cônjuge do sistema de cadastro de rol de beneficiários da CBPM, haverá o desconto no código 080018 – coparticipação financeira nas eventuais despesas de atendimentos ambulatoriais, hospitalares e de obstetrícia até então realizados, nos termos do § 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74, sendo que a partir da referida data, a(o) ex-cônjuge não mais tem direito a cobertura de AMH do regime da CBPM com a Cruz Azul.

Havendo enteado(a)(s) inscritos(as), requeiro a exclusão dos acima identificados, com fundamento no nº 1, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

_____, _____ de _____ de 20____
Local e data

Assinatura do(a) PM Contribuinte