



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 COMPANHEIRA(O)/ENTEADO(A)/
DISSOLUÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL
ANEXO "H" 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 da União Estável extingue este direito.
2. O PM Contribuinte deve solicitar por meio do presente requerimento à CBPM, a exclusão da(o) companheira(o), declarando a interrupção/dissolução da União Estável.
3. O presente requerimento deve ter o ciente da(o) ex-companheira(o) , o qual assina conjuntamente com o(a) contribuinte. Na impossibilidade , deve ter a assinatura de 01 (uma) testemunha que comprove a dissolução da união estável . A testemunha não pode ser parente e nem ter o mesmo endereço.
4. A comprovação da dissolução de união estável pode ser feita ainda mediante a apresentação de Instrumento Particular de Dissolução de União Estável devidamente registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos, ou mediante apresentação de nova Certidão de Casamento com outra pessoa.
5. 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.
6. Os enteados devem ser excluídos, pois conforme o 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) companheira(o), 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-COMPANHEIRA(O)		
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) do 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 exclusão da(o) ex-companheira(o) ora identificada(o), do rol de beneficiários do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

Declaro que houve a dissolução da União Estável, não mais constituindo família.

Reconheço que até a data de exclusão da(o) ex-companheira(o) do sistema de cadastro do 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-companheira(o) não mais tem direito a cobertura da assistência médico-hospitalar do regime da CBPM com a Cruz Azul.

Havendo enteado(a)(s) inscritos(as), requeiro a exclusão dos acima identificados, com fundamento no Nº 01, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

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 PMESP.

_____, _____ de _____ de 20____.
LOCAL E DATA

Assinatura do(a) PM Contribuinte

CIÊNCIA DA(O) EX-COMPANHEIRA(O)
Em ___/___/___
Ciente.
_____ Assinatura da(o) Ex-companheira(o)

TESTEMUNHA			
<small>*Para caso não for possível coletar o ciente da(o) ex-companheira(o) e nem houver comprovação escrita*</small>			
NOME:			
CPF:	RG:	Data de nascimento:	
Logradouro (endereço):			Nº
Bairro:	Cidade:	CEP	Telefone
Testemunho, sob as penas da Lei, que houve a interrupção e/ou dissolução da União Estável, não mais constituindo núcleo familiar. Desde já, estou ciente de que as declarações falsas sujeitam seus autores às sanções previstas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, bem como a responder solidariamente na esfera civil pelos prejuízos que acarretar.			
_____, _____ de _____		_____	
Local e data		Assinatura Testemunha	