



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



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE COMPANHEIRA(O) – UNIÃO ESTÁVEL – C.02

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – COMPANHEIRA(O)
1. Conforme Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, o cônjuge é beneficiário(a) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, e deve ser inscrito(a) ou ter seus dados atualizados, por meio do presente requerimento, assinado pelo(a) contribuinte ou seu representante legal, anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo.
2. Conforme Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, o cônjuge é beneficiário(a) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM, e deve ser inscrito(a) ou ter seus dados atualizados, por meio do presente requerimento, assinado pelo(a) contribuinte ou seu representante legal, anexando documentos relacionados nos tópicos abaixo.
3. Relacionar 01 (uma) testemunha que comprove a união estável, que NÃO pode ser parente do(a) contribuinte ou da(o) companheira(o), nem ter o mesmo sobrenome, não residir no mesmo endereço e tampouco testemunharem entre si.
4. Documentos comprobatórios do estado civil do(a) PM Contribuinte: a) <u>Solteiro(a)</u> : cópia da Certidão de Nascimento , com data de emissão inferior a 6 (seis) meses. b) <u>Viúvo(a)</u> : cópias da Certidão de Casamento e a Certidão de Óbito da(o) cônjuge falecida(o). c) <u>Separado(a)/Divorciado(a)</u> : cópia da Certidão de Casamento , com averbação do divórcio/separação.
5. Documentos comprobatórios do estado civil da(o) companheira(o): a) Solteiro(a): cópia da Certidão de Nascimento , com data de emissão inferior a 6 (seis) meses. b) <u>Viúvo(a)</u> : cópias da Certidão de Casamento e a Certidão de Óbito da(o) cônjuge falecida(o). c) <u>Separado(a)/Divorciado(a)</u> : cópia da Certidão de Casamento , com averbação do divórcio/separação.
6. Cópias simples dos documentos legais que contenham o nº do RG , do CPF ou do CIN (Carteira de Identidade Nacional) e o comprovante de endereço da(o) companheira(o) e do(a) militar contribuinte.
7. Cópia do último demonstrativo de pagamento do contribuinte CBPM (holerite), onde conste a contribuição para a CBPM.
8. Preenchimento do presente requerimento, onde consta a Declaração de União Estável.
9. Em razão do parágrafo 1º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74, e também do parágrafo único, do Artigo 14, do Decreto Estadual Nº 52.860/08, a apresentação de decisão judicial irreversível reconhecendo a União Estável, dispensa a apresentação dos documentos comprobatórios relacionados nos itens abaixo.
10. Para comprovação de União Estável, apresentar, pelo menos, 03 (três) dos documentos relacionados a seguir (Artigo 14, do Decreto Estadual Nº 52.860/08): a) Escritura Pública Declaratória de União Estável, firmada no <u>Cartório de Registro de Notas</u> . b) Certidão de Nascimento de filhos havidos em comum. c) Certidão/declaração de casamento religioso. d) Cópia do Imposto de Renda do(a) PM Contribuinte onde declara e identifica a(o) companheira(o). e) Disposições testamentárias. f) Comprovação de residência em comum, apresentando 01 (um) comprovante de residência em nome de cada um, com data de emissão inferior a 06 (seis) meses. g) Prova de encargos domésticos em nome de cada um, que evidenciem a existência de sociedade ou comunhão nos atos da vida civil. h) Procuração ou fiança reciprocamente outorgada. i) Conta conjunta entre contribuinte e a(o) companheira(o). j) Registro em associação de classe, constando a(o) companheira(o) como beneficiária(o) do PM Contribuinte. k) Comprovação de compra e venda de imóvel, em nome de ambos os conviventes. l) Apólice de seguro na qual conste os conviventes, PM Contribuinte e companheira(o), arrolados como Instituidor(a) do seguro e/ou beneficiária(o). m) Contrato de locação, em que figurem como locatários ambos os conviventes. n) Inscrição em instituição de assistência médica constando o militar como responsável e a companheira(o) como beneficiário.
11. Caso haja no cadastro do(a) contribuinte outra(o) companheira(o) ou cônjuge inscrita(o) na CBPM, esta será excluída(o) antes da inscrição da atual União Estável.

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE			
NOME			
RE	Posto/Graduação	CPF	RG/CIN
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

Visto contribuinte _____

DADOS PESSOAIS – COMPANHEIRA(O)			
NOME			Nome Social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG/CIN
Parentesco		Estado Civil	
Nome da mãe		Nome do pai	
Contatos – Companheira(o)			
Telefone Residencial ()	Telefone Celular ()	Telefone outro – recado ()	Email Pessoal

TESTEMUNHA			
NOME			
CPF	RG/CIN	Data de nascimento	
Logradouro (endereço)			Nº
Bairro	Cidade	CEP	Telefone

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO
DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

Requeiro a inclusão/atualização de dados, da(o) companheira(o), acima qualificada(o), como beneficiária(o) do regime de Assistência Médico–Hospitalar (AMH) da CBPM, com fundamento no Inciso I, 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.

DECLARO, sob as penas da Lei, que convivemos continuamente em União Estável, nos termos do Artigo 1.723, da Lei Federal Nº 10.406, de 10/01/2002 – Código Civil Brasileiro.

Caso ocorra alteração ou interrupção ou dissolução da União Estável, comprometo–me imediatamente a comunicar formalmente à CBPM, fornecendo cópia de documentos que comprovem a dissolução / interrupção, quando houver.

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, da Lei Federal Nº 13.709/18, há o consentimento do contribuinte e da(o) beneficiária(o) 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:

Visto contribuinte_____

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	DOCUMENTOS DO(A) CONTRIBUINTE		
	<input type="checkbox"/> Holerite contribuinte.		
	<input type="checkbox"/> RG/CPF		
	<input type="checkbox"/> Certidão:		
	<input type="checkbox"/> nascimento;		
	<input type="checkbox"/> Casamento c/ Averb. Divórcio;		
	<input type="checkbox"/> casamento +		
	<input type="checkbox"/> óbito cônjuge		
	DOCUMENTOS DO(A) COMPANHEIRO(A)		
	<input type="checkbox"/> RG/CPF		
<input type="checkbox"/> Certidão:			
<input type="checkbox"/> Nascimento			
<input type="checkbox"/> Casamento c/ Averb. Divórcio;			
<input type="checkbox"/> casamento +			
<input type="checkbox"/> óbito cônjuge.			
DOCUMENTOS TESTEMUNHA			
<input type="checkbox"/> RG/CPF Testemunha			
<input type="checkbox"/> CIN Testemunha			
PROCEDIMENTO	DATA	NOME	RUBRICA
Atualizado por	____/____/____		
Conferido por	____/____/____		
Digitalizado por	____/____/____		
Processo SEI por	____/____/____		
Concluído por	____/____/____		