



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.

Data: ____/____/____.

Assinatura contribuinte:
