



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



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

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.

Data: ____/____/____.

Assinatura contribuinte:
