

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA





FICHA DE DECLARAÇÃO DE FAMÍLIA REQUERIMENTO PARA EXCLUSÃO DE CÔNJUGE/ENTEADO(A)

ANEXO "G" da Portaria Nº CBPM-16/01/2022

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

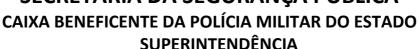
- 1. Conforme Inciso I, do Artigo 34, da Lei Estadual № 452/74, a(o) cônjuge e a(o) companheira(o) é beneficiária(o) do regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH) da CBPM. O fim do casamento extingue este direito.
- 2. Com o término do casamento, para a exclusão de cônjuge, o(a) PM contribuinte deve 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
- 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 № 452/74.
- 4. Os enteados devem ser excluídos, pois conforme № 1, do § 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual № 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.

		2420	C DESCOALS DO(A) DAA CONTE	IDIUNITE	-			
NONE		DADO	S PESSOAIS DO(A) PM CONTR	IBUINTE	E			
NOME								
RE	Posto/Graduação CPF				Registro Geral (RG)			
1 osto, orauduşuo		G		-	Número		Dígito	
Data de nascimento:	É PM inativo(a))?: () SIM () NÃO	Registro SPPrev (Inativo):			Estado Civil:		
	!	,	Endereço do(a) PM Contribuir	ite				
Logradouro:						Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade					UF	CEP	
		1	Contatos do(a) PM Contribuin	te				
Telefone Residencial:	al: Telefone Celular:		Telefone outro – recado: Ema		il:			
			1					
			IDENTIFICAÇÃO – EX–CÔNJU	GE				
NOME								
Data de Nascimento:		CPF:			RG			
	•	IDENTIFICAÇÃO	– ENTEADO(A) – *PREENCHE	R CASO	HOUVE	? *		
NOME						-		
Data de Nascimento: CPF:		RG						
	•	IDENTIFICAÇÃO	– ENTEADO(A) – *PREENCHE	R CASO	HOUVE	2 *		
NOME						-		
Data de Nascimento: CPF:		RG		RG				
		IDENTIFICAÇÃO	– ENTEADO(A) – *PREENCHE	R CASO	HOUVE	*		
NOME								
Data de Nascimento: CPF:					RG			

ASSINATURA (VISTO) CONTRIBUINTE



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA





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 № 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: