



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



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE EXCLUSÃO DE DEPENDENTES – C.07

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS NECESSÁRIOS - EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

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 do casamento extingue este direito.
2. Com o **termino do casamento**, para a exclusão de cônjuge, o(a) PM contribuinte deve informar por meio de requerimento à CBPM, fornecendo cópia da **decisão judicial** de divórcio com trânsito em julgado ou a **Certidão de Casamento** com a averbação de divórcio.
- 3 Com a o a **interrupção/dissolução da União Estável**, O PM Contribuinte deve solicitar por meio de requerimento à CBPM, a exclusão da(o) companheira(o). Neste caso deve relacionar no requerimento 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. Com o **falecimento**, O PM Contribuinte deve solicitar por meio de requerimento à CBPM, a exclusão da(o) cônjuge ou companheira(o), mediante apresentação da **Certidão de Óbito**.
6. **Filhos naturais** 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.
7. **Filhos por afinidade** devem ser excluídos, pois conforme Nº 1, do parágrafo 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) cônjuge, os enteados eventualmente inscritos na CBPM, devem ser abaixo relacionados e excluídos.
8. Cópia simples dos documentos legais que contenham o n.º do RG, do CPF ou do CIN (**Carteira de Identidade Nacional**) do(a) **militar contribuinte**.

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

IDENTIFICAÇÃO – () EX-CÔNJUGE () EX-COMPANHEIRA(O)

NOME		Nome social
Data de Nascimento	CPF	RG/CIN

IDENTIFICAÇÃO – FILHO(A) POR AFINIDADE – *PREENCHER CASO HOUVER* (01)

NOME		Nome social
Data de Nascimento	CPF	RG/CIN

IDENTIFICAÇÃO – FILHO(A) POR AFINIDADE – *PREENCHER CASO HOUVER* (02)

NOME		Nome social
Data de Nascimento	CPF:	RG/CIN

TESTEMUNHA (em caso de interrupção/dissolução da União Estável)

NOME		
Data de nascimento	CPF	RG/CIN

Visto contribuinte _____

Logradouro (endereço)			Nº
Bairro	Cidade	CEP	Telefone

REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO

Requeiro a exclusão da(o) ex-cônjuge/ ex-companheira(o), 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/união estável comprovado mediante documentação apresentada:

- () Cópia da Certidão de Casamento com averbação de divórcio.
 () Cópia da Decisão Judicial de Divórcio com trânsito em julgado.
 () Cópia do Instrumento Particular de Dissolução de União Estável.
 () Cópia da Certidão de Óbito.

() **Declaro** que houve a dissolução da União Estável, não mais constituindo família, apresentando, para confirmação, uma testemunha.

Havendo enteado(a)(s) inscritos(as), requeiro a exclusão dos acima identificados, com fundamento no nº 1, do parágrafo 2º, do Artigo 34, da Lei Estadual Nº 452/74.

Fico ciente que até a data de processamento da exclusão da(o) ex-cônjuge / ex-companheiro(a) e enteados 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 parágrafo 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74, sendo que a partir da referida data, a(o) ex-cônjuge / ex-companheira(o) não mais tem direito a cobertura de AMH do regime da CBPM com a Cruz Azul e estabelecimentos credenciados. Esta regra também se aplica aos enteados, 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.

Data, ____/____/____

Assinatura contribuinte: _____

Nome: _____ CPF: _____

Documentos Apresentados e conferidos				
Uso Interno	() Holerite contribuinte. () RG/CPF contribuinte. () CIN contribuinte.			
	() Cópia da <u>Certidão de Casamento</u> com averbação de divórcio.			
	() Cópia da <u>Decisão Judicial de Divórcio</u> com <u>trânsito em julgado</u> .			
	() Cópia do <u>Instrumento Particular</u> de Dissolução de União Estável.			
	() Cópia da <u>Certidão de Óbito</u> .			
	PROCEDIMENTO	DATA	NOME	RUBRICA
	Atualizado por	____/____/____		
Conferido por	____/____/____			
Digitalizado por	____/____/____			
Processo SEI por	____/____/____			
	Concluído por	____/____/____		