



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



**FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – C.01**

ORIENTAÇÕES E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS – CÔNJUGE
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. Todos os documentos ora solicitados, devem ser anexados ao presente requerimento e entregues conjuntamente, pois resguardam direitos e garantias do próprio contribuinte e dos seus beneficiários, preservando a legalidade e integralidade dos registros.
3. Para fins de inclusão de <b>cônjuge</b> , apresentar cópia simples da <b>Certidão de Casamento</b> , bem como do <b>RG</b> , do <b>CPF</b> e <b>comprovante de endereço</b> do(a) referido(a) cônjuge.
4. Cópia do último demonstrativo de pagamento do contribuinte ( <b>holerite</b> ), onde conste a contribuição para a CBPM.
5. Caso ocorra a <b>dissolução do Casamento</b> , o contribuinte deve de imediato comunicar a CBPM, <b>apresentando cópia da decisão judicial de divórcio com trânsito em julgado e/ou a Certidão de Casamento com a averbação de divórcio</b> .

DADOS PESSOAIS DO(A) PM CONTRIBUINTE			
<b>NOME</b>			
RE	Posto/Graduação	CPF	RG
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

DADOS PESSOAIS – CÔNJUGE			
<b>NOME</b>			Nome social
Sexo	Data de nascimento	CPF	RG
Nome da mãe		Nome do pai	
Contatos – Cônjuge			
Telefone Residencial ( )	Telefone Celular ( )	Telefone outro – recado ( )	Email Pessoal

**REQUERIMENTO/TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONSENTIMENTO**

Requeiro a inclusão/atualização de dados, da(o) cônjuge 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.

Tenho ciência que a dissolução do casamento/união estável gera a perda automática do direito ao uso da AMH/CBPM por parte de ex-cônjuge, ex-companheiro(a) e filhos por afinidade nos termos dos Artigos 1.593 e 1.595 do Código Civil.

Visto contribuinte \_\_\_\_\_

Caso ocorra alteração, ou dissolução do Casamento, comprometo-me a comunicar formalmente à CBPM, o mais breve possível, apresentando cópia da decisão judicial de divórcio com trânsito em julgado e/ou a Certidão de Casamento com a averbação de divórcio.

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(a) contribuinte e da(o) beneficiária(o) aqui relacionada(o)s, 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:

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	<input type="checkbox"/> Holerite do contribuinte (último)		<input type="checkbox"/> RG Cônjuge	
	<input type="checkbox"/> Certidão de casamento		<input type="checkbox"/> CPF Cônjuge	
	<input type="checkbox"/> Comprovante de residência			
	PROCEDIMENTO	DATA	NOME	RUBRICA
	Conferido por	____/____/____		
Atualizado por	____/____/____			
Digitalizado por	____/____/____			
Lançado por	____/____/____			