

 <p>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO 3 DE FEVEREIRO DE 1874</p>	<p>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO COMARCA DE SÃO PAULO FÓRUM HELY LOPES MEIRELLES CEJUSC DA FAZENDA PÚBLICA CENTRO JUD. DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA Viaduto Dona Paulina, 80, 11º andar – salas 1115/1117 – São Paulo/SP Horário de Atendimento ao Público: das 13:00 às 17:00 horas</p>	 <p>SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA CENTRO JUDICIÁRIO DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA MEDIANDO O ENCAMINHAMENTO DE METODOS CONSENSUÁRIOS</p>
--	--	--

TERMO DE AJUIZAMENTO – RECLAMAÇÃO PRÉ-PROCESSUAL
PEDIDO DE DESFILIAÇÃO
REGIME DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (AMH) DA CBPM – CRUZ AZUL

Para uso do CEJUSC:

Reclamação nº: _____	8.26.0053
Local: CEJUSC da Fazenda Pública – E-mail: cejusc.fazenda@tjsp.jus.br	

Dados do(a) Reclamante:

Nome:		
RG:	CPF:	
RE (PM)	Matrícula (Pensionista)	
Endereço:	Nº:	
Complemento:	Bairro:	
CEP:	Cidade:	Estado:
Telefone:	Celular:	
E-mail:		
Dados Bancários do Reclamante para eventual depósito caso necessário:		
Banco:	C/C:	Agência:

Dados do(a) Reclamado(a):

Nome: Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado (CBPM)		
CNPJ: 61.000.923/0001-38		
Endereço: Rua Alfredo Maia	Nº: 218	
Complemento:	Bairro: Luz	
CEP: 01106-010	Cidade: São Paulo	Estado: SP
E-mail: pj@cbpm.sp.gov.br		

Dados da Demanda:

É servidor do Estado de São Paulo:		
<input type="checkbox"/> policial militar da ativa		
<input type="checkbox"/> policial militar inativo		
<input type="checkbox"/> pensionista de policial militar falecido(a)		
Vinculado a qual Secretaria/Autarquia: SSP		
Possui ação judicial sobre este tema em face da CBPM? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Qual o valor do último desconto mensal referente à assistência médico-hospitalar CBPM (rubrica 070018 - CBPM-CONTRIBUIÇÃO DE ASSIST.)? R\$ _____		
Possui outro benefício recebido pela São Paulo Previdência – SPPrev <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Possui valores de coparticipação a saldar por uso do regime AMH pelos dependentes?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
É filiado ao regime de assistência médico-hospitalar (AMH) da CBPM: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SÃO PAULO
FÓRUM HELY LOPES MEIRELLES
CEJUSC DA FAZENDA PÚBLICA
CENTRO JUD. DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA
Viaduto Dona Paulina, 80, 11º andar – salas 1115/1117 – São Paulo/SP
Horário de Atendimento ao Público: das 13:00 às 17:00 horas



**TERMO DE AJUIZAMENTO – RECLAMAÇÃO PRÉ-PROCESSUAL
PEDIDO DE DESFILIAÇÃO
REGIME DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (AMH) DA CBPM – CRUZ AZUL**

Em caso positivo:

desejo desfiliar-me do regime de assistência médico-hospitalar da CBPM;

estou ciente de que vou deixar de usufruir do clube de benefícios CBPM, constante do sítio eletrônico: <https://www.cbpm.sp.gov.br/clube-de-beneficios>;

estou ciente de que após a desfiliação, a reinclusão administrativa somente será possível, com o cumprimento de prazos de carência, na forma do parágrafo único do artigo 32 da Lei nº 452/74:

Parágrafo único - Os contribuintes que tenham, por qualquer motivo, perdido essa qualidade, poderão requerer sua reinclusão, desde que tenham permanecido no rol deste artigo e cumpram os seguintes prazos de carência:

1. 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência;
2. 24 (vinte e quatro) meses para doenças e lesões preexistentes;
3. 300 (trezentos) dias para partos a termo;
4. 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos.

estou ciente de que a desfiliação com cessação do desconto em folha ocorrerá no prazo de até 60 dias a contar da homologação do acordo;

estou ciente de que caso o prazo acima seja excedido sem que ocorra a cessação do desconto o valor descontado após 60 dias da homologação será estornado em quantia nominal, exclusivamente em conta de titularidade do Reclamante, sem acréscimo de encargos financeiros, através de depósito em conta corrente informada acima;

estou ciente de que o serviço esteve disponível até a data da homologação do acordo, e portanto, não haverá restituição de valores relativos a rubrica 070018 (contribuição de assistência médica CBPM) anteriores à homologação;

estou ciente de que eventuais despesas de uso de meus dependentes relativos à rubrica 080018- Coparticipação, devem ser quitados por parte do Reclamante nesta transação.

estou ciente de que devo atualizar os meus dados cadastrais pelo endereço eletrônico recadastramento@cbpm.sp.gov.br ou por meio da área restrita do portal de serviços www.cbpm.sp.gov.br, a fim de viabilizar o cumprimento de rotinas administrativas do acordo;

estou ciente de que qualquer alteração no *status* de cadastro por minha responsabilidade (exemplo: suspenso por recadastramento, passagem para inatividade etc.) poderá impactar nos prazos deste acordo, sem qualquer possibilidade de imposição de penalizações à Reclamada.

	<p>TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO COMARCA DE SÃO PAULO FÓRUM HELY LOPES MEIRELLES CEJUSC DA FAZENDA PÚBLICA CENTRO JUD. DE SOLUÇÃO DE CONFLITOS E CIDADANIA Viaduto Dona Paulina, 80, 11º andar – salas 1115/1117 – São Paulo/SP Horário de Atendimento ao Público: das 13:00 às 17:00 horas</p>	
---	--	---

TERMO DE AJUIZAMENTO – RECLAMAÇÃO PRÉ-PROCESSUAL
PEDIDO DE DESFILIAÇÃO
REGIME DE ASSISTÊNCIA MÉDICO-HOSPITALAR (AMH) DA CBPM – CRUZ AZUL

Seja Bem-Vindo ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania!

O(A) reclamante deseja a tentativa de conciliação pré-processual com o reclamado para desfiliação do regime de assistência médico-hospitalar da CBPM.

Agradecemos a você por ter escolhido a conciliação e este Centro para tentativa de solução da questão que nos trouxe.

Atenciosamente,

A equipe do CEJUSC da Fazenda Pública

ORIENTAÇÕES AO(A) RECLAMANTE:

1. O(A) reclamante declara aprovar o texto acima.
2. Para cadastramento da reclamação, o(a) reclamante deverá apresentar as cópias dos seguintes documentos:
 - identificação pessoal oficial com foto (exemplo: Identidade Funcional, RG, carteira de motorista, carteira profissional, passaporte etc.);
 - holerite com no máximo 3 (três) meses que comprove o desconto em folha da assistência médico-hospitalar;
 - Outros documentos que sejam pertinentes ao esclarecimento da demanda.
3. Os documentos deverão ser apresentados pelo reclamante em todas as sessões do expediente pré-processual, caso não seja resolvida a demanda na primeira sessão.
4. O acordo não compreenderá o pagamento de danos morais, juros moratórios, multa cominatória para a hipótese de eventual descumprimento, custas processuais e honorários advocatícios em desfavor da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado (CBPM).
5. O(A) reclamante fica cientificado da incidência de taxa judiciária e eventuais despesas processuais sob sua responsabilidade, caso entenda necessário solicitar a homologação de acordos extrajudiciais obtidos por intermédio de mediador ou conciliador judicial, apresentados pelas partes, por seus advogados, plataformas digitais ou câmaras privadas, nos termos do art. 12-A do Prov. CSM nº 2.348/2016, ressalvadas as isenções e dispensas legais (artigos 755-C e 755-D das NSCGJ c/c Comunicado nº 07/2024 do Nupemec).

Assinatura do(a) Reclamante: _____