



RESOLUÇÃO Nº AFAM-0014-100/23

O Presidente da Diretoria da Associação Fundo de Auxílio Mútuo dos Militares do Estado de São Paulo, no uso de suas atribuições estatutárias, fundamentado nos arts. 13, § 8º, 15, § 4º, 18 e 20 do Regimento Interno, comunica aos associados da AFAM que, para a concessão dos benefícios das Carteiras de Auxílios e de Amparos, os processos deverão ser instruídos com os **documentos** dispostos a seguir:

I - AUXÍLIO NATALIDADE

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do(a) filho (a);
- 3) Cópia autenticada da Certidão de Natimorto ou outro documento oficial que comprove essa condição; e
- 4) Cópia autenticada do reconhecimento judicial ou extrajudicial da respectiva paternidade.

Obs.: *Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do nascimento do dependente ou do documento comprovador da paternidade.*

II - AUXÍLIO ADOÇÃO

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado; e
- 2) Cópia da Sentença Judicial acompanhada da respectiva certidão de seu Trânsito em Julgado.

Obs.: *Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do trânsito em julgado da sentença.*

III – AUXÍLIO GUARDA DEFINITIVA

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Cópia do Termo de Guarda expedido pelo Poder Judiciário; e
- 3) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou do documento de identidade do(a) menor sob guarda.

Obs.: *Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias a contar da data da expedição do Termo de Guarda Definitiva.*

IV – AUXÍLIO FUNERAL

- 1) Requerimento devidamente preenchido e assinado;
- 2) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- 3) Cópias das notas fiscais ou declarações referentes às despesas funerárias, constando o nome do falecido; e
- 4) Um dos documentos abaixo, conforme a situação específica.

A) Falecimento de Dependente – Requerente: Associado (a)

- 1) **Cônjuge:** Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento;
- 2) **Companheira(o):** A comprovação de união estável como companheira(o) se efetivará por meio de declaração em formulário próprio da *AFAM*, acompanhado de sentença judicial declarando a existência da união estável, ou de documento emitido por órgão previdenciário ou assistencial de saúde, ou ainda, de outros documentos comprovando a condição da(o) companheira(o) como beneficiária(o);
- 3) **Filho(a) – menor de 18 anos de idade:** Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou documento judicial comprobatório de representação legal;
- 4) **Filho(a) deficiente maior de 18 anos:** Relatório médico atestando a incapacidade física e/ou mental e a data em que ocorreu a incapacidade, na ausência do cadastramento feito pela *AFAM*; e
- 5) **Natimorto:** Cópia autenticada da Certidão de Natimorto ou outro documento oficial que comprove essa condição.

B) Falecimento do(a) Associado (a) – Requerente: Dependente/Pessoa previamente indicada/Pessoa cujo nome conste dos respectivos comprovantes das despesas funerárias

- 1) **Cônjuge:** Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento;
- 2) **Companheira(o):** A comprovação de união estável como companheira(o) se efetivará por meio de declaração em formulário próprio da *AFAM*, acompanhado de sentença judicial declarando a existência da união estável, ou de documento emitido por órgão previdenciário ou assistencial de saúde, ou ainda, de outros documentos comprovando a condição da(o) companheira(o) como beneficiária(o);
- 3) **Filho(a) – menor de 18 anos de idade:** Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou Termo de Guarda Definitiva, se for dependente nessa condição;
- 4) **Filho(a) deficiente maior de 18 anos:**
 - a) Relatório médico atestando a incapacidade física e/ou mental e a data em que ocorreu a incapacidade, na ausência do cadastramento feito pela *AFAM*.
 - b) Requerimento assinado pelo Curador, no caso de deficiência mental.
- 5) **Pessoa previamente indicada pelo(a) associado(a):**
 - a) RG da pessoa indicada, quando da inexistência de dependente habilitado para receber o benefício;
 - b) Extinto Plano Individual: RG da pessoa indicada.
- 6) Pessoa cujo nome conste dos respectivos comprovantes das despesas funerárias efetuadas, desde que não haja dependentes ou pessoa previamente indicada.

Obs: Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do falecimento do associado ou do dependente.

V – AUXÍLIO ACIDENTE PESSOAL

A) INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA – Requerente: PM do serviço ativo

- 1) Requerimento do(a) associado(a) devidamente preenchido e assinado;
- 2) Cópia autenticada da Parte que comunicou o acidente, com o despacho do Comandante;
- 3) Cópia autenticada do Atestado de Origem somente 1ª e 2ª páginas;





- 4) Cópia autenticada do BOPM e BOPC, se for o caso;
- 5) Cópia do documento expedido pelo Departamento de Perícias Médicas, concedendo os afastamentos;
- 6) Cópia autenticada da CNH quando se tratar de acidente de trânsito;
- 7) Cópia autenticada do Relatório, Conclusão e Solução da Sindicância ou IPM;
- 8) Relatório de Causa e Efeito entre o acidente e a Licença para Tratamento de Saúde, emitido por facultativo médico do CMed ou da UIS, quando o início do afastamento ocorrer após 07 (sete) dias da data do acidente; e
- 9) Declaração da OPM, caso não tenha sido confeccionado qualquer um dos documentos que esclareça o acidente.

Obs.: Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do acidente.

B) INCAPACIDADE FÍSICA DEFINITIVA – Requerente: PM do serviço ativo

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e com firma reconhecida;
- 2) Cópia autenticada da Parte que comunicou o acidente, com o despacho do Comandante;
- 3) Cópia autenticada do Atestado de Origem;
- 4) Cópia autenticada do BOPM e BOPC, se for o caso;
- 5) Cópia do documento expedido pelo Departamento de Perícias Médicas, concedendo os afastamentos;
- 6) Relatório de Causa e Efeito entre o acidente e a incapacidade definitiva, emitido por facultativo médico do CMed;
- 7) Cópia autenticada da página do DOE constando a data da publicação da reforma "ex-officio";
- 8) Cópia autenticada do Relatório, Conclusão e Solução da Sindicância ou IPM. Na ausência desses, Declaração da OPM informando que não foram instaurados; e
- 9) Cópia autenticada da CNH caso a incapacidade seja originária de acidente de trânsito.

Obs.: Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias a contar da data da publicação da inatividade em Diário Oficial, observada a data de ingresso no quadro associativo, que deverá ser anterior à do evento motivador.

C) MORTE – Requerente: Dependente

- 1) Requerimento preenchido em nome de cada dependente, com firma reconhecida em Cartório ou, quando o dependente for menor de idade, reconhecimento da firma do(a) representante legal;
 - a) **Cônjuge:** Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento;
 - b) **Filho(a) – menor de 18 anos de idade:** Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Nascimento do(a) filho(a) ou Termo de Guarda Definitiva, se for dependente nessa condição;
 - c) **Filho(a) deficiente maior de 18 anos:**
 - I) Relatório médico atestando a incapacidade física e/ou mental e a data em que ocorreu a incapacidade, na ausência do cadastramento feito pela AFAM.
 - II) Requerimento assinado pelo Curador, no caso de deficiência mental;
 - d) Requerente **Companheira(o):** A comprovação de união estável como companheira(o) se efetivará por meio de declaração em formulário próprio da AFAM, acompanhado de sentença judicial declarando a existência da união estável, ou de documento emitido por órgão previdenciário ou assistencial de saúde, ou ainda, de outros documentos comprovando a condição da(o) companheira(o) como beneficiária(o);
- 2) Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento ou Nascimento do falecido;



- 3) Cópia autenticada do BOPM e BOPC;
- 4) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do associado;
- 5) Cópia autenticada do Relatório, Conclusão e Solução da Sindicância ou IPM. Na ausência destes, Declaração da OPM informando que não foram instaurados; e
- 6) Cópia autenticada da CNH em caso de acidente de trânsito.

Obs.: Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do falecimento.

VI – AUXÍLIO PARA EDUCAÇÃO AO EXCEPCIONAL

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Apresentar comprovante de pagamento da matrícula e relatório dos atendimentos oferecidos pelas escolas especializadas ao dependente portador de necessidades especiais; e
- 3) Encaminhamento médico, com o nome, endereço, telefone e número de registro no Conselho Regional, especificando o diagnóstico ou o nº do CID-10 correspondente e a necessidade do tratamento especializado.

Obs.: 1) Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias do comprovante de pagamento em escola especializada.

2) Todos os documentos devem ser originais.

VII – AMPARO À SAÚDE

A) MEDICAMENTOS / LENTES CORRETIVAS E RESPECTIVAS ARMAÇÕES QUANDO FOR O CASO

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Receita médica correspondente à Nota Fiscal ou Cupom Fiscal, contendo data, nome, assinatura e nº do CRM do médico; e
- 3) Nota Fiscal original ou Cupom Fiscal (1ª via).

Obs: Caso, eventualmente, a receita médica não esteja datada, será considerada a data da Nota Fiscal ou Cupom Fiscal ou, ainda, do recibo de pagamento.

B) PRÓTESE / ÓRTESE, OU MATERIAL NECESSÁRIO À CONFECÇÃO, DESDE QUE NÃO LIGADOS A ATOS CIRÚRGICOS

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Relatório médico constando diagnóstico, necessidade do uso, data, nome, assinatura e nº do CRM do médico;
- 3) Nota Fiscal original ou Cupom Fiscal (1ª via); e
- 4) **Para os casos de necessidade de aparelhos auditivos, o relatório médico poderá ser substituído pelo exame de audiometria devidamente preenchido pelo profissional.**



C) PRÓTESE DENTÁRIA

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Orçamento detalhado da prótese dentária e demais procedimentos;
- 3) Parecer Técnico do profissional responsável pela realização do tratamento, ajuizando a necessidade do tratamento e atestando a colocação da prótese; e
- 4) Recibo original da pessoa física (profissional autônomo) ou Nota Fiscal original (1ª via), quando se tratar de empresa de natureza jurídica.

D) SESSÕES DE PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, FONOAUDIOLOGIA E FISIOTERAPIA

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Encaminhamento médico, com o nome, endereço, telefone e número de registro no Conselho Regional, prescrevendo a necessidade do tratamento (somente nos casos de psicopedagogia, fonoaudiologia e fisioterapia);
- 3) Relatório do profissional responsável, constando o diagnóstico ou o n° do CID 10 correspondente, a data de início do tratamento, a quantidade mensal de sessões, o valor de cada sessão, o tempo de duração do tratamento, o endereço e o telefone da clínica, bem como a identificação, a assinatura e o número de registro no Conselho Regional do profissional;
- 4) Comprovante de Pagamento:
 - a) Recibo, quando se tratar de profissional autônomo. O Recibo deverá ser original e *em nome do Associado*, descrevendo os serviços, *nome do paciente*, o mês de referência, a quantidade de sessões realizadas, a data de emissão, bem como a identificação, a assinatura e o número de registro no Conselho Regional do profissional.
 - b) Nota Fiscal, quando se tratar de empresa de natureza jurídica. A nota fiscal deverá ser original e *em nome do Associado, constando o nome do Paciente*, a descrição dos serviços com as respectivas quantidades de sessões e o mês dos serviços realizados.

Obs.: 1) Prazo para requerer os benefícios de Amparo à Saúde: 180(cento e oitenta) dias a contar da data de emissão da nota fiscal ou do recibo.

3) Todos os documentos devem ser originais.

E) AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Laudo Neuropsicológico concluído;
- 3) Comprovante de Pagamento:
 - a) Recibo, quando se tratar de profissional autônomo. O Recibo deverá ser original e *em nome do Associado, constando o nome do Paciente*, data do exame, a descrição dos serviços, respectivo valor e data de emissão do recibo, bem como a identificação, a assinatura e o número de registro no Conselho Regional do profissional.
 - b) Nota Fiscal, quando se tratar de empresa de natureza jurídica. A nota fiscal deverá ser original e *em nome do Associado, constando o nome do Paciente*, a descrição dos serviços e o respectivo valor.

Obs.: 1) Prazo para requerer os benefícios de Amparo à Saúde: 180(cento e oitenta) dias a contar da data de emissão da nota fiscal ou do recibo.

5



VIII - AMPARO PARA EDUCAÇÃO AO EXCEPCIONAL (Conforme Art. 32 do Regimento Interno)

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Documento comprobatório que na região onde reside não existe escola regular de ensino da rede pública com classe especializada;
- 3) Encaminhamento médico, com o nome, endereço, telefone e número de registro no Conselho Regional, especificando o diagnóstico ou o nº do CID-10 correspondente e a necessidade do tratamento especializado;
- 4) Relatório escolar constando os valores da matrícula, da mensalidade e de outras eventuais despesas;
- 5) Relatórios dos profissionais especializados na área em que o dependente receberá atendimento, constando o diagnóstico ou o nº do CID-10 correspondente e a evolução do tratamento;
- 6) Comprovante de Pagamento:
 - a) Recibo, quando se tratar de profissional autônomo. O Recibo deverá ser original e **em nome do Associado**, descrevendo os serviços, **nome do paciente**, o mês de referência, a quantidade de sessões realizadas, a data de emissão, bem como a identificação, a assinatura e o número de registro no Conselho Regional do profissional.
 - b) Nota Fiscal, quando se tratar de empresa de natureza jurídica. A nota fiscal deverá ser original e **em nome do Associado, constando o nome do Paciente**, a descrição dos serviços com as respectivas quantidades de sessões e o mês dos serviços realizados.

Obs.: “Art. 32. Os associados cadastrados para a utilização do benefício Amparo para Educação ao Excepcional, previsto no Art. 15, inciso I, letra “a”, do Regimento Interno anterior, registrado sob o nº 138.152, em 13 de dezembro de 2011, no 6º Oficial de Registro de Títulos e Documentos Civil de Pessoa Jurídica da Capital, **manterão os mesmos direitos e obrigações nele previstos, devendo, em 30 (trinta) dias, apresentar o comprovante das despesas relativas ao mês anterior sob pena de perda do direito do recebimento do benefício pleiteado**”.

IX – AMPARO CALAMIDADE

- 1) Requerimento do associado devidamente preenchido e assinado;
- 2) Cópia autenticada da Certidão de Sinistro expedida pelo Corpo de Bombeiros;
- 3) Documento justificando a falta da Certidão de Sinistro do Corpo de Bombeiros, caso não tenha sido confeccionada;
- 4) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência, especificando os **móveis e/ou utensílios danificados**;
- 5) 02 (dois) orçamentos dos bens danificados; e
- 6) Enviar imagens dos móveis e/ou utensílios danificados.

Obs.: **Prazo para requerer o benefício: 180 (cento e oitenta) dias a contar da data do evento calamitoso.**



X – A Diretoria Executiva poderá solicitar outros documentos e informações necessárias à instrução dos processos da Carteira de Auxílios e Amparos.

Observações:

- A presente Resolução substitui a de N° AFAM-0011-100/22 e não esgota o assunto nela tratado, podendo a Diretoria Executiva utilizar os dispositivos do Regimento Interno em vigor (registro n° 179.031 de 03/01/2020, no 6° Oficial de Registro, Títulos e Documentos Civil de Pessoa Jurídica da Capital).

São Paulo, 29 de dezembro de 2023.

ROBERTO ALLEGRETTI
Cel PM – Presidente da Diretoria