



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



FORMULÁRIO DE REINCLUSÃO DE CONTRIBUINTE R.01

DADOS PESSOAIS DO(A) REQUERENTE			
NOME		() Policial Militar () Pensionista	
RE ou Matrícula	CPF	Posto ou Graduação	
Endereço Residencial do(a) Requerente			
Logradouro		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Contatos do(a) Requerente			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro - recado	Email Pessoal

Eu, _____, supra qualificado(a), requeiro à CBPM, de acordo com os termos da Lei nº 452/74 e suas alterações, especialmente as dispostas no Parágrafo único, do Artigo 32, acrescentado pela Lei Complementar nº 1.353, de 10 de janeiro de 2.020, a reinclusão à condição de contribuinte e, para tanto, declaro estar ciente das exigências previstas no caput do Artigo 32 desta mesma Lei e, também, que devo cumprir os prazos das carências, conforme segue, para mim (nos casos de pensionista) e para meus beneficiários, dos quais seguirá preenchida a Declaração de Saúde:

- 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência;
- 24 (vinte e quatro) meses, para doenças e lesões preexistentes;
- 300 (trezentos) dias, para partos a termo, e
- 180 (cento e oitenta) dias para os demais casos (incluindo consultas e exames).

Estou ciente de que, na reinclusão como contribuinte obrigatório, ocorrerá o desconto no código 070018 em folha de pagamento, correspondente ao valor de 2% (se militar da ativa ou reserva), e de 1% (se pensionista) do valor da pensão, nos termos do artigo 31, da Lei nº 452/74, bem como o desconto no código 080018 – coparticipação financeira nas despesas de atendimentos ambulatoriais, hospitalares e de obstetrícia, nos termos do § 3º, do artigo 30, da Lei nº 452/74.

Data, ____/____/____.

Assinatura requerente: _____

Nome: _____ CPF: _____

Documentos Apresentados e conferidos				
Uso Interno	() Holerite do requerente (último)		() Documento com RG / CPF ou () CIN	
	() Documento funcional		() Comprovante de endereço	
	PROCEDIMENTO	DATA	NOME	RUBRICA
	Atualizado por	____/____/____		
	Conferido por	____/____/____		
	Digitalizado por	____/____/____		
	Processo SEI por	____/____/____		
	Concluído por	____/____/____		