



# Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Doria - Governador

Poder  
Executivo  
seção I  
**imprensaoficial**  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000  
Volume 130 • Número 227 • São Paulo, quarta-feira, 18 de novembro de 2020

www.imprensaoficial.com.br

quarta-feira, 18 de novembro de 2020

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

São Paulo, 130 (227) - 9

## CAIXA BENEFICENTE DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO

### Portaria CBPM – 49/01, de 16-11-2020

*Estabelece regras específicas para reinclusão de Policiais Militares e pensionistas na qualidade de contribuinte da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado*

O Superintendente da Caixa Beneficente da Polícia Militar do Estado – CBPM, com fundamento no artigo 4º, inciso XXIX, do Decreto 7.391, de 29-12-1975, combinado com a Lei 452, de 2 de outubro de 1974 e suas alterações, especialmente as dispostas no Parágrafo único do Artigo 32, alterado pela Lei Complementar 1.353, de 10 de janeiro de 2.020 e considerando que:

Os policiais militares e os pensionistas que obtiveram judicialmente o direito de se desligar da Caixa Beneficente e que atualmente necessitam, prover assistência médica aos beneficiários previstos na Lei 452/74 e portanto desejam reinclusão no Regime de Assistência Médico-Hospitalar (AMH).

Há necessidade de estabelecer regras específicas para a reinclusão de policiais militares ativos, inativos e de pensionistas à condição de contribuintes, consoante o contido nas recentes alterações da Lei 452/74 promovidas pela Lei Complementar 1.353, de 10-01-2020, resolve:

Artigo 1º - Com a edição do Parágrafo único do artigo 32 da Lei 452/74, alterado pela L.C. 1.353/2020, in verbis:

Artigo 32 - São contribuintes obrigatórios:

I - os contribuintes inscritos, obrigatoriamente, para efeito de pensão;

II - Revogado;

III - Revogado;

IV - os inativos da Polícia Militar e os pensionistas da CBPM. (NR)

Inciso IV com redação dada pela Lei 1.069, de 17-09-1976, retroagindo seus efeitos a 01-12-1974

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 horas para casos de urgência e emergência;

2. 24 meses para doenças e lesões preexistentes;

3. 300 dias para partos a termo;

4. 180 dias para os demais casos. (NR) - parágrafo único com redação dada pela Lei Complementar 1.353 de 10-01-2020

a CBPM adotará as providências necessárias para que o retorno dos requerentes seja levado a efeito, observando-se os prazos de carência e a retomada da taxa de contribuição para a AMH, ou seja, os descontos de 2% da retribuição-base, no caso dos policiais militares ou 1% do valor da pensão, no caso dos pensionistas, nos termos do caput do art. 31 da Lei 452/74. Após a verificação do atendimento aos requisitos legais e cadastrais, o militar da ativa, inativo ou o pensionista requerente será reincluído na condição de contribuinte.

Artigo 2º - Os prazos de carência e o início da cobrança das taxas de contribuições mencionados no artigo anterior passarão a ser contados a partir da data do protocolo do expediente na CBPM, desde que aprovada a reinclusão.

Artigo 3º - Toda a documentação exigida para o cadastramento de beneficiários do policial militar ou do pensionista, deverá ser atualizada e anexada ao requerimento de reinclusão, de acordo com as normas vigentes no momento do pedido, respeitadas as previsões de validades presentes nos respectivos formulários. (site para obtenção dos formulários <http://www2.cbpm.sp.gov.br/servicos/inclusaoe-exclusao-de-beneficiarios/>)

Artigo 4º - Caso o requerente policial militar não possua beneficiários a serem inscritos no momento de sua reinclusão, deve somente preencher o requerimento constante no Anexo 'A' e juntar cópia da identidade funcional da PMESP.

Artigo 5º - Para os pensionistas requerentes, a reinclusão será efetivada, atendidos os requisitos com o preenchimento do requerimento do anexo 'A' e apresentação de documento oficial de identificação com fotografia.

Artigo 6º - Os requerentes, após aprovada a reinclusão, de maneira equânime aos demais contribuintes, sujeitar-se-ão aos termos contidos na PORTARIA CBPM – 004/01/2020 e alterações, que estabelece regras específicas de funcionamento, coberturas e valores de coparticipação dos custos dos serviços de atendimento médico-hospitalar prestados aos beneficiários dos contribuintes do regime de AMH, por meio do termo de ajuste celebrado entre a CBPM e a Cruz Azul de São Paulo.

Artigo 7º - Os pedidos de reinclusão poderão ser protocolados pessoalmente, no Posto de Atendimento Integrado (PAI) na sede da CBPM, ou por meio do envio da documentação necessária por via postal - correspondência registrada (AR) - endereçada à CBPM, Rua Alfredo Maia, 218, Luz, São Paulo - SP, CEP: 01106-010.

Artigo 8º - O Setor de Cadastro ficará responsável pelo recebimento e análise do requerimento e dos documentos para reinclusão dos policiais militares e pensionistas, pelo apostilamento administrativo, bem como pela formalização da resposta ao requerente.

Artigo 9º - Caso o requerente declare ter ação judicial para reingresso em trâmite, o Setor de Cadastro deverá comunicar à Procuradoria Jurídica da CBPM no sentido de noticiar a perda do objeto da ação judicial, que ainda não tiver transitado em julgado.

Artigo 10 - A presente Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, ficando revogada a Portaria CBPM-002/01/2020 e demais disposições que tratem sobre este assunto.



# Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Dória - Governador

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000  
Volume 130 • Número 227 • São Paulo, quarta-feira, 18 de novembro de 2020

Poder  
Executivo  
seção I  
**imprensaoficial**  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

www.imprensaoficial.com.br

10 – São Paulo, 130 (227)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

quarta-feira, 18 de novembro de 2020

Anexos a Esta Portaria

1) Anexo A: Requerimento para reinclusão à condição de contribuinte.

2) Anexo B: Declaração de Saúde de beneficiário(a) e/ou pensionista.

## Requerimento para reinclusão à condição de Contribuinte

NOME DO CONTRIBUINTE			CPF	
RE/Matr.	Posto/Grad./OPM	Tel. Res. ( )		Tel. Cel. ( )
E-mail			RG	
Endereço				
Bairro	Cidade/UF	CEP	Estado civil	
Possui dependentes?		Tem ação judicial em trâmite para reinclusão na CBPM?		

Eu, \_\_\_\_\_, supra qualificado, 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 2020, 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 (NR).

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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Local e data

Assinatura do contribuinte



# Diário Oficial

Estado de São Paulo

João Dória - Governador

Palácio dos Bandeirantes • Av. Morumbi 4.500 • Morumbi • São Paulo • CEP 05650-000 • Tel. 2193-8000  
Volume 130 • Número 227 • São Paulo, quarta-feira, 18 de novembro de 2020

Poder  
Executivo  
seção I  
**imprensaoficial**  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

www.imprensaoficial.com.br

10 – São Paulo, 130 (227)

Diário Oficial Poder Executivo - Seção I

quarta-feira, 18 de novembro de 2020

Rua Alfredo Maia, 218 – Luz | São Paulo – SP | CEP 01106-010 – telefone 11-3315-3000  
www.cbpm.sp.gov.br

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE DE BENEFICIÁRIO(A) E/OU PENSIONISTA

IDENTIFICAÇÃO - BENEFICIÁRIO(A)/PENSIONISTA	
NOME:	
GRAU DE PARENTESCO:	
DATA DE NASCIMENTO:	
CPF:	
Altura:	Peso:

IDENTIFICAÇÃO DO(A) CONTRIBUINTE	
NOME:	
Posto/Graduação:	RE:

**Beneficiário(a), pensionista ou seu representante legal, deverá responder, assinalando "sim" ou "não" para cada uma das perguntas a seguir:**

1	Problemas de circulação nas veias e artérias (varizes, aneurismas e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
2	Problemas no coração (infarto, pressão alta, arritmia, e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
3	Problemas glandulares (tireóide e/ou outros) ou hormonais (diabetes e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
4	Problemas gastrointestinais (estômago, vesícula, fígado, intestino e/ou ânus)?	( ) sim	( ) não
5	Hérnias de qualquer tipo?	( ) sim	( ) não
6	Problemas com o sangue, como: anemia, leucemia e/ou outros?	( ) sim	( ) não
7	Problemas com cálculos renais e/ou vesícula?	( ) sim	( ) não
8	Problemas urinários, nos rins, bexiga, uretra, próstata etc?	( ) sim	( ) não
9	Problemas neurológicos (derrames, paralisia e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
10	Problemas psiquiátricos (depressão e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
11	Problemas de ouvido, nariz e garganta?	( ) sim	( ) não
12	Problemas respiratórios (asma, pneumonia e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
13	Problemas ortopédicos (artrite, coluna, deformidades e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
14	Problemas ginecológicos (mamas, ovários, útero e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
15	Problemas infectocontagiosos (aids, hepatite e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
16	Problemas de cânceres ou tumores de qualquer natureza?	( ) sim	( ) não
17	Problemas congênitos ou hereditários?	( ) sim	( ) não
18	Problemas oftalmológicos (catarata, glaucoma, miopia e/ou outros)?	( ) sim	( ) não
19	Doenças da pele (dermatite, pintas escuras, queloides, psoríase e/ou outras)?	( ) sim	( ) não
20	Realizou ou realiza tratamento para dependência química (álcool e/ou drogas)?	( ) sim	( ) não
21	Já necessitou de internação para tratamento clínico ou cirúrgico? Caso a resposta for sim, especifique qual o tratamento:	( ) sim	( ) não
22	Realiza ou tem programado algum tratamento clínico ou cirúrgico?	( ) sim	( ) não
23	Possui alguma doença que não foi mencionada acima? Caso a resposta for sim, especifique qual a doença:	( ) sim	( ) não

DATA: ____/____/____	
Assinatura contribuinte/pensionista	Assinatura beneficiário(a)/representante legal