



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



FORMULÁRIO DE DEVOLUÇÃO DE COPARTICIPAÇÃO – F.02

ORIENTAÇÕES
1. O presente formulário deve ser utilizado para solicitações de devolução de valores cobrados a título de coparticipação quando o contribuinte não reconhecer o procedimento/atendimento originário da cobrança ou entender que se trata de cobrança indevida ou em duplicidade: <ul style="list-style-type: none">a. O requerimento deve ser apresentado em até 120 dias do desconto em folha;b. O contribuinte deve especificar o beneficiário, o atendimento, a data e o valor contestado;c. A CBPM poderá solicitar documentos e informações complementares. Nesses casos, o prazo para devolução contará a partir do recebimento da informação ou documentação adicional;d. O Prazo previsto para devolução em folha será de 90 dias.
2. Quando houver valores a serem questionados de mais de um beneficiário deverá ser preenchido um formulário por beneficiário.
3. Juntar cópia do Extrato de contas médicas e do holerite em que tenha sido lançado o desconto em folha.

DADOS PESSOAIS DO(A) CONTRIBUINTE			
Nome		() Policial Militar () Pensionista	
RE ou Matrícula	CPF	Posto ou Graduação	
Contatos do(a) Contribuinte			
Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone outro - recado	Email Pessoal
DADOS PESSOAIS DO(A) PACIENTE / BENEFICIÁRIO ATENDIDO			
Nome		CPF	

DADOS DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
Data	Atendimento	Mês de desconto	Valor R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$
			R\$

Por intermédio do presente formulário, requeiro/solicito _____

Visto contribuinte _____

