



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



REQUERIMENTO PARA REINCLUSÃO À CONDIÇÃO DE CONTRIBUINTE  
ANEXO "A" da Portaria Nº CBPM-17/01/2022

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

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 (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(a) requerente