



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



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 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 contribuinte