



# SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

## Cancelamento de contribuição

(preenchimento obrigatório de todos os campos)

Exmo. Sr.

Superintendente do Iamspe

Eu, \_\_\_\_\_  
inscrição Iamspe nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_,  
Estado de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, Tel: ( ) \_\_\_\_\_,  
solicito à vossa senhoria o **cancelamento** da (as) minha (as) contribuição (ões) Iamspe dos  
seguintes vínculos:

**Aposentadoria:**

Nº do 1º benefício \_\_\_\_\_

Nº do 2º benefício \_\_\_\_\_

**Pensão:**

Nº do 1º benefício \_\_\_\_\_

Nº do 2º benefício \_\_\_\_\_

Estou ciente que a minha solicitação é irreversível, conforme parágrafo único do artigo 3º e artigo 6º do Decreto-Lei nº 257 de 29 de maio de 1970, alterado pela lei nº 17.293 de 15 de outubro de 2020.

Nestes termos, peço deferimento.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do solicitante

**Documentos obrigatórios:** anexar cópias somente do holerite o qual deseja cancelar o vínculo, RG e CPF

Departamento de Administração

Gerência de Finanças/Controle e Arrecadação - Av. Ibirapuera, 981 - Tel.: (11) 4573-8815