



SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

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: _____

() **CLT:** Nº de matrícula/RS: _____

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

Controle Interno - Arrecadação

Triagem - Nome: _____

1 vínculo () 2 ou + vínculos ()

Órgão: _____

Cancelado no sistema: ____/____/____

Digitalizado () Incluído no sistema ()

Processo Adm. (SP Sem Papel): _____

Banco de dados () Pasta: _____

Publicação DOE: () ____/____/____

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