



SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Requerimento filho incapaz

Exmo. Sr.
Superintendente do Iamspe.

Eu, _____

Matrícula/RS _____

residente à rua _____ nº _____

Bairro _____ Cidade _____

CEP _____ Telefone _____,

abaixo assinado e conforme documentos anexos, venho respeitosamente requerer a V. S^a. se digne
determinar que meu (minha) _____,

_____ , seja submetido a exame médico nesse Instituto, para
comprovar incapacidade para o trabalho, nos termos do Decreto Lei 257 de 29 de maio de 1970,
artigo 7º e da Lei 17.293 de 15 de outubro de 2020.

Espero deferimento,

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura do Servidor)

Anexo: Termo de Responsabilidade
(caso de filho incapaz)

Gerência de Finanças

Núcleo de Cadastro - Avenida Ibirapuera, 981 - Telefone: 11 4573-8204 / 4573-8181