



## SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

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

# Pedido de regularização de débito

Nome do Interessado: \_\_\_\_\_  
Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_  
Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
E-mail pessoal: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Telefone fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefone celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Cargo/Função: \_\_\_\_\_ RS/PV (Registro no Sistema): \_\_\_\_\_  
E-mail corporativo: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
Data do ingresso (Exercício) no serviço público: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Já teve licença sem vencimentos anterior:  sim  não  
Data do início do afastamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data de reassunção ou exoneração: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*A presente documentação é válida por 60 dias*

São Paulo, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente

### Documentos necessários

1. Declaração da repartição feita em papel timbrado, com data atualizada, carimbada e assinada pelo diretor ou autoridade competente, contendo os dados funcionais e pessoais do servidor, sendo obrigatória a data inicial do afastamento e da publicação no Diário Oficial do Estado. Informar também a data de reassunção ou exoneração, se houver.
2. Pedido de regularização de débitos, sendo obrigatório o preenchimento para todos os campos.
3. Último holerite antes do início do afastamento.

Uso exclusivo do Iamspe

<input type="checkbox"/> Entrada do pedido	<input type="checkbox"/> Cálculo pronto	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Movimento financeiro	<input type="checkbox"/> Pagamento anterior	<input type="checkbox"/> _____

### Departamento de Administração

Gerência de Finanças/Controle e Arrecadação - Av. Ibirapuera, 981 - 3º andar