



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