



# SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

## Termo de Responsabilidade

### I - Qualificação do Servidor

Nome: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidade: \_\_\_\_\_ Nº de Inscrição Iamspe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Cargo ou função: \_\_\_\_\_

Nome da Secretaria (Administração Direta): \_\_\_\_\_

### II - Constituição e Declaração de Beneficiário

O Servidor Público Estadual acima qualificado, constitui como seu beneficiário, de acordo com a Lei em vigor:

O(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

filho(a) de \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidade: \_\_\_\_\_

Meu (minha) \_\_\_\_\_ atesto sob as penas da lei (artigos 299 e 301 do Código Penal) que:

(\*) \_\_\_\_\_

(\*) Transcrever conforme tipo de beneficiário - vide verso

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor Público

Visto do setor:

**Gerência de Finanças**

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

<b>Documentos necessários para o registro</b>	<b>Termos para preenchimento</b>
<b>I - Contribuinte:</b> Carteira de Identidade e de contribuição (holerite)	
<b>II - Beneficiários:</b> <b>a) Filho(a) maior de 21 anos, Universitário ou Ensino Médio:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Carteira de Identidade e Certidão de Nascimento (atualizada), estado civil solteiro, termo de responsabilidade e declaração do Estabelecimento de Ensino de que está cursando Ensino Médio (anual) ou Superior (a cada semestre), até completar 25 anos.</li> <li>● Informação do extrato previdenciário do CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais, pode ser obtido em <a href="http://meu.inss.gov.br">meu.inss.gov.br</a>), ou nos postos do INSS. No caso de ser estagiário, apresentar o comprovante de bolsa/remuneração da empresa.</li> </ul>	<p><b>“Não possui rendimentos próprios, vivendo inteiramente às minhas custas.”</b></p>
<b>b) Filho(a) maior de 21 anos, incapacitado para o trabalho:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Carteira de Identidade e Certidão de Nascimento (atualizada), estado civil solteiro, termo de responsabilidade + requerimento do contribuinte.</li> <li>● Beneficiário(a): certidão de nascimento atualizada (segunda via) + RG + CPF + holerite de qualquer natureza (caso houver) + declaração INSS e SPPrev (de que recebe ou não pensão), incluir também o termo legal de curatela ou interdição (se houver).</li> <li>● Contribuinte: cópia do último holerite + RG + comprovante de endereço.</li> </ul>	<p><b>“Não está amparado por órgão previdenciário (INSS, SPPrev, Município e outros), vivendo inteiramente às minhas custas.”</b></p> <p><b>Endereço do SPPrev: Av. Rangel Pestana, 300 - Brás/SP</b></p>
<b>c) Ex-cônjuge - Separado</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Carteira de Identidade, termo de responsabilidade, certidão de casamento averbada (atualizada). Obs: O(a) contribuinte que mantiver o registro do(a) ex-cônjuge não poderá instituir companheiro(a). <b>Importante: Não se aplica aos casos de divórcio.</b></li> </ul>	<p><b>“Continua meu(minha) beneficiária(o) junto ao lamspe”</b></p>