



SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Requerimento para Manutenção como Beneficiário de Contribuinte Falecido

I - Qualificação do(a) Requerente				
Nome requerente		Sexo		Estado Civil
Endereço		Nº	Complemento	
Bairro	Cidade/Município	UF	CEP	
Afinidade		Telefone ()	Telefone ()	
Nº cédula de identidade (R. G.) 	Dígito	Órgão Emissor 	UF	Nº do CPF -
Outros documentos, especificar, número:		Nº de Inscrição IAMSPE (HIB) -		Nº Prontuário HSPE (HRD) -

O BENEFICIÁRIO acima qualificado, para fins de assistência médica junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - Iamspe, vem requerer conforme o Decreto Lei 257 de 29 de maio de 1970 e alterações posteriores, inclusive as alterações fixadas pela Lei nº 17.293 de 15/10/2020, a **Manutenção da Inscrição, alterando a Categoria de Beneficiário para Beneficiário de Contribuinte Falecido:**

Filho incapacitado para o trabalho
 Filho estudante de 21 a 25 anos

Declaro que as informações acima são corretas, sob as penas previstas nos artigos 299 e 301 do Código Penal vigente (Decreto Lei 2.848 de 07 de dezembro de 1940) em anexo, cópia das documentações comprobatórias.

Contribuinte falecido			Sexo		Raça
Data de nascimento 	Naturalidade	UF 	Estado Civil		Data do falecimento
Nº cédula de identidade (R. G.) 	Dígito	Órgão Emissor 	UF 	Nº da Certidão de Óbito	
Nº de Inscrição IAMSPE (HIB) -		Nº Prontuário HSPE (HRD) -		Observação:	

Nestes termos, pede deferimento.

Local: _____ Data: ___/___/___

Assinatura do(a) requerente _____

Gerência de Finanças

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