



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