



# SECRETARIA DE ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

## Termo de Adesão / Cancelamento ao Sistema de Saúde Iamspe

Solicito a inscrição/cancelamento dos abaixo indicados para fins de assistência médica-hospitalar junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe), de acordo com a Decreto-Lei nº 257, de 29/05/70 e alterações posteriores, inclusive as alterações fixadas pela Lei nº 17.293 de 15/10/2020 que prevê período mínimo de permanência de 24 meses para exclusão de beneficiários contados a partir da inclusão:

**Identificação do Contribuinte**  **Celetista** Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  **Estatutário** Posse: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

R.G.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ R.S./Matrícula/R.E.: \_\_\_\_\_

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

Cargo/Função Denominação: \_\_\_\_\_

Cod. UA: \_\_\_\_\_ Denominação: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Nome	Data de Nascimento	R.G	CPF	Grau de parentesco	Objetivo	
					Insc.	Canc.

Obs.: a identificação do usuário poderá ser mediante qualquer documento oficial

**Responsabilizo-me pelas informações prestadas no presente documento**

Local:

Data:

Assinatura do contribuinte

**Uso do Órgão Setorial Subsetorial de RH**

Averbado por:

Data:

Assinatura e carimbo do responsável

**Gerência de Finanças**

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