



# 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