



# SECRETARIA DE GESTÃO E GOVERNO DIGITAL

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

## Requerimento filho incapaz

Exmo. Sr.  
Superintendente do Iamspe.

Eu, \_\_\_\_\_

Matrícula/RS \_\_\_\_\_

residente à rua \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_

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

CEP \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_,

abaixo assinado e conforme documentos anexos, venho respeitosamente requerer a V. S<sup>a</sup>. se digne  
determinar que meu (minha) \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ , seja submetido a exame médico nesse Instituto, para  
comprovar incapacidade para o trabalho, nos termos do Decreto Lei 257 de 29 de maio de 1970,  
artigo 7º e da Lei 17.293 de 15 de outubro de 2020.

Espero deferimento,

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

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Servidor)

Anexo: Termo de Responsabilidade  
(caso de filho incapaz)

**Gerência de Finanças**

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