

Termo de Inscrição / Cancelamento de Agregado

Solicito a inscrição/cancelamento como agregado para fins de assistência médica-hospitalar, junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual-IAMSPE, de acordo com a Lei nº 11.125, de 11/04/2002 e alterações posteriores, inclusive as alterações fixadas pela Lei nº 17.293 de 15/10/2020.

Identificação do Contribuinte

R.G.:	R.S.:
Nome:	
Cargo/Função Denominação:	
Cod. UA:	Denominação:

Nome	Data de Nascimento	Doc. de identificação	Grau de parentesco	Objetivo	
				Insc.	Canc.

Obs.: a identificação do agregado 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