



SECRETARIA DE GESTÃO E GOVERNO DIGITAL

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: _____ CEP: _____

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