



# SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

Avenida Ibirapuera, 981 - CEP 04029-000 - Telefone: 5088-8000

## Solicitação de Cancelamento de Companheiro(a)

I - Identificação do(a) contribuinte				
Nome		Data de Nascimento		Estado Civil
Endereço		Número		Telefone ( )
Bairro	Cidade/Município		UF	CEP
Nº Cédula de Identidade (R.G.)	Dígito	Órgão Emissor	UF	Nº do CPF
Cargo ou Função		Nº de Inscrição Iamspe (HIB)		Nº Prontuário HSPE (HRD)
II - Cancelamento de Beneficiário(a) na condição de companheiro(a)				
O <b>CONTRIBUINTE</b> acima identificado (para fins de assistência médica junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE) solicita o <b>CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO IAMSPE</b> do(a) companheiro(a) abaixo identificado(a). <b>Declaro sob penas da Lei que convivi sob o mesmo teto até a data de</b> ____/____/____				
III - Identificação do(a) companheiro(a)				
Nome		Sexo		Estado Civil
Nº Cédula de Identidade (R.G.)	Dígito	Órgão Emissor	UF	Data de Nascimento
Nº de Inscrição Iamspe (HIB)	Nº Prontuário HSPE (HRD)		Nº do CPF	
Local: _____, de _____ de _____				
_____ Assinatura do(a) contribuinte				
Para uso exclusivo do Iamspe				
Declaro ter conferido a assinatura: _____				Carimbo
Nº de Registro Iamspe: _____ Data: ____/____/____				
Observação: _____				
<b>NOTA: este documento deve ser preenchido em letra de forma ou legível, sem emenda e sem rasuras. O preenchimento deste REQUERIMENTO não impede o Iamspe de proceder investigações, ou exigir outros documentos ou provas documentais, a qualquer tempo que julgar necessário.</b>				