



Solicitação de Inscrição de Companheiro (a)

I - Identificação do Contribuinte				
Nome		Data de nascimento		Estado Civil
Endereço		Nº	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 - Inclusão de Beneficiário (a) na Condição de Companheiro (a)
O <u>CONTRIBUINTE</u> acima identificado (para fins de assistência médica junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - IAMSPE) solicita a INSCRIÇÃO IAMSPE do (a) companheiro (a) abaixo identificado (a) declarando, sob penas da Lei , que convive sob o mesmo teto, há mais de três anos com o referido companheiro (a).

III - Identificação do (a) Companheiro (a)					
Nome		Sexo		Estado Civil	
Nº cédula de identidade (R. G.)	Dígito	Órgão Emissor	UF	Data de nascimento	Nº do CPF

IV - Identificação do (a) 1ª Testemunha					
Nome			Nº do CPF		
Endereço			Nº	Telefone ()	
Bairro	Cidade/Município		UF	CEP	
Nº cédula de identidade (R. G.)	Dígito	UF	Assinatura		

V - Identificação do (a) 2ª Testemunha					
Nome			Nº do CPF		
Endereço			Nº	Telefone ()	
Bairro	Cidade/Município		UF	CEP	
Nº cédula de identidade (R. G.)	Dígito	UF	Assinatura		

Local: _____	Data: ___/___/___	Assinatura do (a) Contribuinte *Reconhecer Firma*
--------------	-------------------	--

NOTA: Preencher todos os campos de forma 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.