



## 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 <b>INSCRIÇÃO IAMSPE</b> do (a) companheiro (a) abaixo identificado (a) <b>declarando, sob penas da Lei</b> , que convive <b>sob o mesmo teto, há mais de três anos</b> 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.**