



SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual  
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000



---

# MANUAL PORTAL DO RH

---

Lei 17.293 de 15 de outubro de 2.020

GTI - IAMSPE

01/01/2021

*Versão: 1.4 - Beta*



LEI Nº 17.293, DE 15 DE OUTUBRO DE 2020.....	3
1. CADASTRO NO PORTAL DO RH IAMSPE.....	5
2. ACESSO AO PORTAL DO RH.....	5
3. QUEM PODE SE INSCREVER NO IAMSPE.....	7
4. PRAZO DE INSCRIÇÃO.....	8
5. PERMANÊNCIA MÍNIMA.....	8
6. INSCRIÇÃO.....	8
7. CADASTRO DOS NOVOS CONTRIBUINTES, BENEFICIÁRIOS E AGREGADOS.....	8
8. CONTRIBUIÇÃO.....	15
9. CRONOGRAMA.....	17
10. VDs.....	18
11. CANCELAMENTO.....	19
ANEXO I – DOCUMENTAÇÃO.....	20
ANEXO II – FORMULÁRIOS.....	26

## LEI Nº 17.293, DE 15 DE OUTUBRO DE 2020

### SEÇÃO II

#### Do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual – IAMSPE

Artigo 6º - Ficam alterados ou acrescentados, com a redação que se segue, os dispositivos adiante indicados do Decreto-lei nº 257, de 29 de maio de 1970:

I - no artigo 3º, o inciso II e o parágrafo único: “II - os viúvos e companheiros dos funcionários e servidores referidos no inciso anterior.” (NR)

Parágrafo único – “Os viúvos, companheiros e os inativos poderão solicitar a qualquer tempo, respectivamente, do falecimento do contribuinte e de sua aposentadoria, o cancelamento da inscrição como contribuinte.” (NR)

II - no artigo 4º, o inciso II:

“II - os viúvos e companheiros das pessoas mencionadas nos incisos anteriores, desde que o cônjuge ou companheiro falecido estivesse inscrito como contribuinte facultativo.” (NR)

III - no artigo 7º, os §§ 4º e 8º:

“§ 4º - Poderão se inscrever, facultativamente, como agregados, os pais, o padrasto e a madrasta, mediante a contribuição adicional e individual estabelecida no artigo 20.” (NR)

“§ 8º - O contribuinte poderá incluir ou excluir beneficiários a qualquer tempo, respeitado o período mínimo de permanência de 24 (vinte e quatro) meses após a inclusão.” (NR)

IV - o artigo 8º: “Artigo 8º - Consideram-se beneficiários do contribuinte falecido os previstos nos incisos II a IV do artigo 7º, em quaisquer condições.” (NR)

V - no artigo 20, o “caput” e os §§ 1º, 2º e 3º:



“Artigo 20 - A receita do IAMSPE será constituída pela contribuição de 2 ou 3% (dois ou três por cento), a depender da faixa etária conforme tabela constante no § 2º, do servidor ou empregado público civil, dos ocupantes exclusivamente de cargos em comissão, de função-atividade de livre provimento, de empregado público em confiança, e similares, do agente político, ativos ou inativos, bem como dos pensionistas dos contribuintes (viúvose companheiros), apurada mensalmente sobre a retribuição total mensal.

§ 1º - Ao contribuinte que fizer a inscrição de beneficiários será acrescida a contribuição de 0,5% (meio por cento) ou 1,0% (um por cento) por beneficiário, incidente conforme tabela constante no § 2º, sobre a retribuição total mensal.

§ 2º - As contribuições observarão os percentuais a seguir:

<b>VÍNCULO</b>	<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>% CONTRIBUIÇÃO</b>
Contribuinte	< 59 anos	2%
Contribuinte	>= 59 anos	3%
Beneficiário	< 59 anos	0,5%
Beneficiário	>= 59 anos	1%
Agregado	< 59 anos	2%
Agregado	>= 59 anos	3%

§ 3º - “Para fins da apuração mensal das contribuições, considera-se retribuição total mensal todas as parcelas percebidas a qualquer título, inclusive acréscimo de um terço de férias, décimo-terceiro salário e bonificações e participação nos resultados, excetuadas as relativas a salário-família, salário-esposa, diárias de viagens, reembolso de regime de quilometragem, diária de alimentação, ajuda de custo para alimentação, auxílio-transporte, adicional de transporte, ajuda de custo e auxílio-funeral.” (NR)



### ETAPAS DO PROCESSO

1. Fazer o levantamento de dados dos usuários a operar o sistema.
2. Preencher as lacunas da tabela (**imagem 1**) com os dados dos usuários (**imagem 2**) e salvar como formato - Excel ou .CSV.
3. Criar um email com o título de assunto “CADASTRAMENTO-USUÁRIO-RH” .
4. Anexar a planilha salva (**Imagem 2**), no e-mail.
5. Enviar o e-mail para o endereço [gti.app@iamspe.sp.gov.br](mailto:gti.app@iamspe.sp.gov.br) .
6. Esperar o retorno de cadastro concluído.
7. Acessar o link <http://app.iamspe.sp.gov.br/frontline/cadastro> e seguir o preenchimento com os dados (**imagem 4, 5, 6 e 7**).
8. Acessar o link <http://app.iamspe.sp.gov.br/portalprhs/login> para efetuar o login e usufruir do sistema.

**1. CADASTRO DOS RESPONSÁVEIS POR INCLUIR OS FUNCIONÁRIOS**

O cadastro no PortalRH IAMSPE deve ser feito pela área de RH dos órgãos. O Solicitante deve enviar os dados dos usuários do RH responsáveis pelo cadastro dos funcionários. Na tabela, cada e-mail cadastrado deve ser único para cada usuário, não podem existir e-mails repetidos. Os dados devem ser enviados conforme tabela abaixo:

CPF	Nome	Data Nasc	Nome Mãe	e-mail	Cód. Órgão	Cód. UO	Cód. UD	Nível de acesso
11 caracteres	até 60 caracteres	data	até 60 caracteres		número	número	número	número

Imagem Ilustrativa informando na primeira linha os dados que deverão ser preenchidos, já na segunda linha temos os parâmetros e limites a serem preenchidos.

**Imagem 1**

CPF	NOME	Data Nasci	Nome mãe	informar o email institucional	Cód. Órgão	Cód. UO	Cód. UD	Nível de Acesso
00000000000	Joãozinho	27/02/1966	Maria mão do Joãozinho	<a href="mailto:email@pessoal.com.br">email@pessoal.com.br</a>	1	2	299	1

Exemplo explicando preenchimento de tabela.

**Imagem 2**

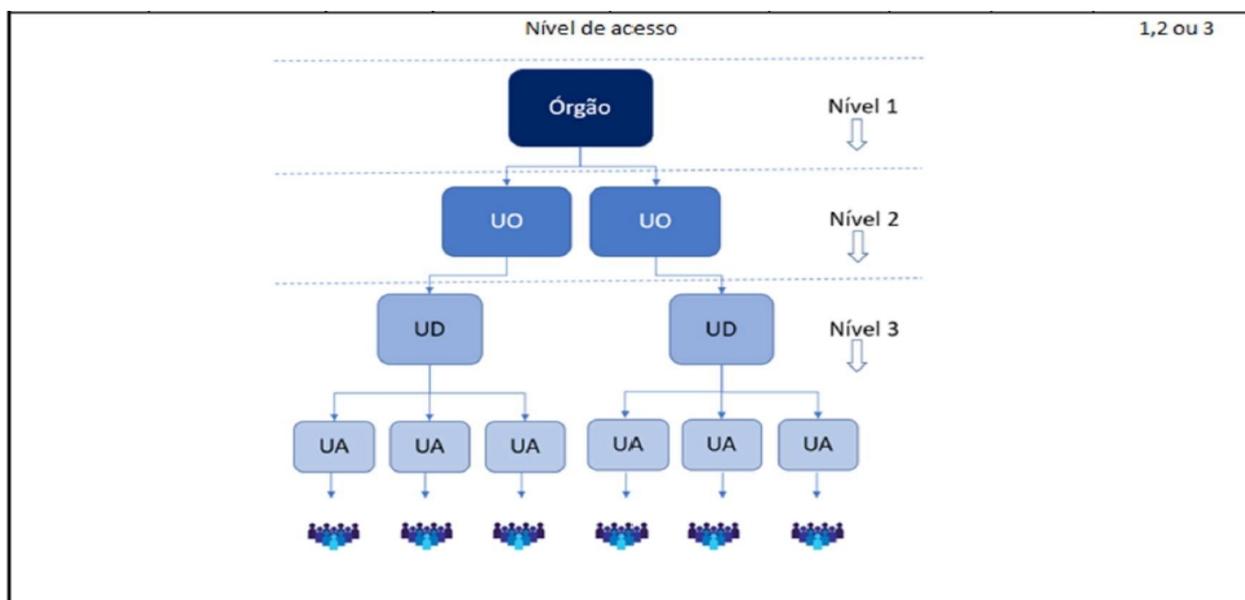
- Especificação dos níveis de acesso às áreas do sistema**

O acesso dos funcionários ao Sistema do IAMSPE será fornecido por níveis.

Nível 1 visualiza e mantém os dados cadastrais dos funcionários do nível 1, 2 e 3.

Nível 2 visualiza e mantém os dados cadastrais dos funcionários do nível 2 e 3.

Nível 3 visualiza e mantém os dados cadastrais dos funcionários do nível 3.





## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual  
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

Acessando o endereço <http://www.fazenda.sp.gov.br/ua/defaultua.asp> é possível conseguir informações sobre o órgão, como UO, UD e UA.

Após o processo de preenchimento, deve ser encaminhado um e-mail para [gti.app@iamspe.sp.gov.br](mailto:gti.app@iamspe.sp.gov.br) com o título de assunto “CADASTRAMENTO-USUÁRIO-RH” para que primeiramente os registros sejam inseridos no sistema. Após inseridos no sistema os remetentes que enviaram as tabelas receberão um e-mail de alerta para cadastramento de nova senha dos usuários;



## 2. ACESSO AO PORTAL DO RH

O Portal é de uso exclusivo das áreas de Recursos Humanos de órgãos da administração direta e indireta do Governo do Estado de São Paulo.

Neste espaço estão disponíveis informações sobre a operacionalização das inscrições de novos usuários no Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe), bem como alterações nos cadastros dos atuais contribuintes.

O acesso deve ser feito na Web pelo endereço <http://app.iamspe.sp.gov.br/portalprhs> ou no site do IAMSPE conforme caminho a seguir:

The screenshot shows the Iamspe website navigation menu. At the top left is the Iamspe logo with the tagline 'A saúde do Servidor'. To its right is a search bar with the placeholder text 'Digite o que você está procurando e tecle em'. Below the search bar are two main navigation categories: 'PORTAL DA TRANSPARÊNCIA' and 'FALE CONOSCO'. The 'ESPAÇO DO USUÁRIO' menu is expanded, showing a vertical list of options: 'CADASTRO', 'DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO', 'ARRECADAÇÃO', 'PORTAL DO CONTRIBUINTE/BENEFICIÁRIO', 'PORTAL DOS RHS' (highlighted in blue), 'HSPE', 'PRONTOS-SOCORROS IAMSPE', 'PRONTUÁRIO E RELATÓRIO MÉDICO', and 'PERGUNTAS FREQUENTES'. The background of the screenshot shows the text from the document, including the heading 'PORTAL DOS RHS' and the introductory paragraph about the portal's use.

Para liberar a ativação do cadastro enviado anteriormente pelo RH, o usuário deverá ativar o cadastro e criar uma senha através do primeiro acesso no link citado acima, informando dados de CPF e data de nascimento, e demais dados solicitados pelo sistema para conclusão do cadastro.



1º Clicar em primeiro acesso.

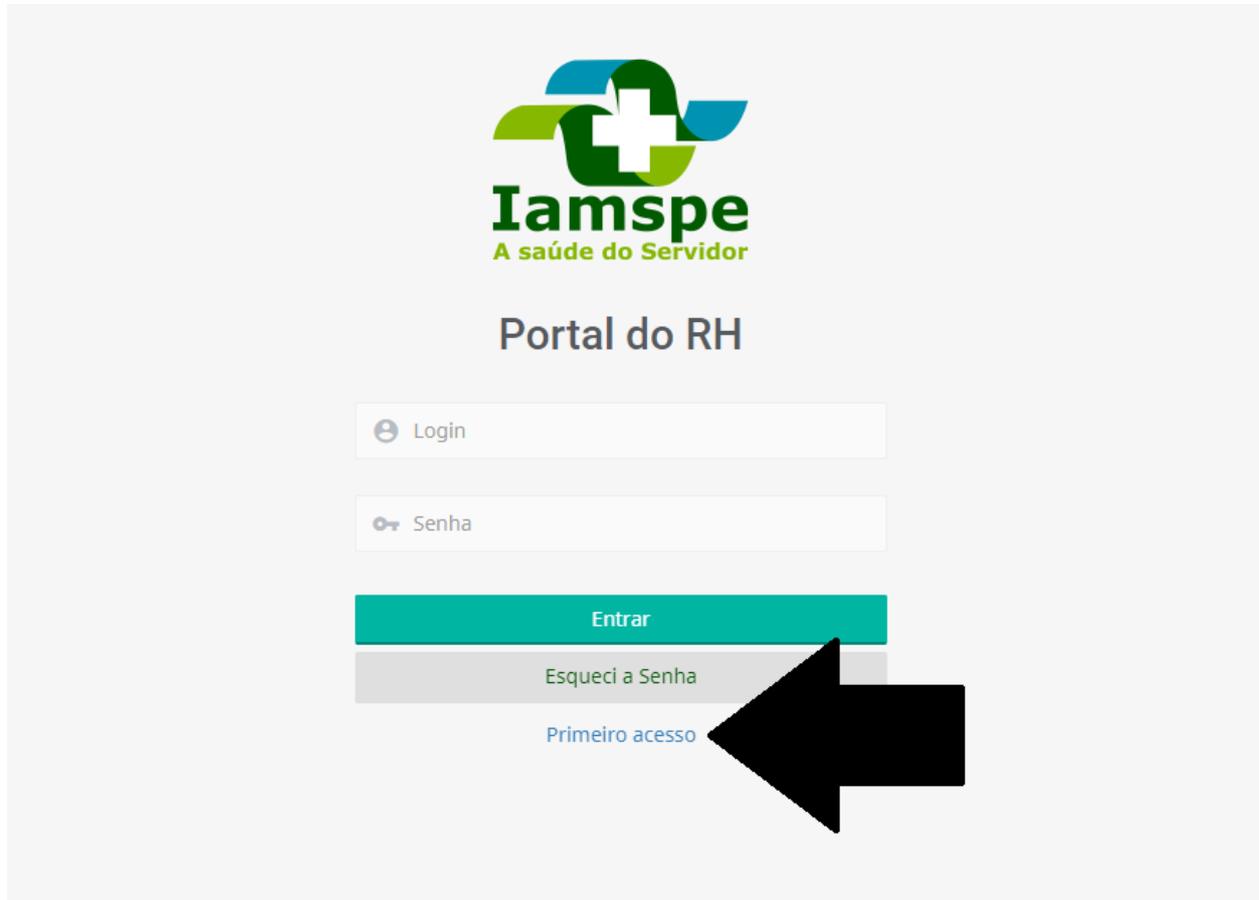


Imagem 3



2º Digite o CPF e data de nascimento, conforme as informações estejam corretas, o sistema irá prosseguir para a próxima página.

**Iamspe**  
A saúde do Servidor

Selecione a opção desejada

CPF  Carteirinha

Digite o CPF

Digite sua data de nascimento

Enviar

Imagem 4

**Iamspe**  
A saúde do Servidor

Selecione a opção desejada

CPF  Carteirinha

000.000.000-00

27/02/1966

Enviar

Referência à tabela (imagem 2)

imagem 5



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual  
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

3° Digite o somente o primeiro nome da mãe, lembrando, este processo é importante, certifique-se de que o nome esteja exatamente igual ao nome enviado na planilha para que exista coerência e o sistema consiga autenticar.

**Iamspe**  
A saúde do Servidor

Precisamos confirmar alguns dados

CPF [REDACTED]

Maria

Enviar

Referência à tabela (imagem 2)

imagem 6



4° Esta parte não muda muito em relação ao anterior, o email precisa ser o mesmo enviado na planilha, caso não seja igual, o sistema barrará e não concluirá o cadastro.

  
**Iamspe**  
A saúde do Servidor

### Cadastre uma nova senha

CPF

Nome da mãe

Data de nascimento

Imagem 7

5º Está é a etapa de finalização, após concluído o fluxo de cadastramento de senha, você será redirecionado para esta página, o que indica que o processo foi concluído com sucesso.



### 3. QUEM PODE SE INSCREVER NO IAMSPE

- Empregados públicos da Administração Direta e Indireta do Estado de São Paulo, inclusive os ocupantes de cargos em comissão, na data de publicação da Lei nº 17.293/20;
- Servidores no exercício de cargo/função pública no Estado que venham a se aposentar após a entrada em vigor da Lei nº 17.293/20;
- Servidores no exercício de cargo/função pública no Estado em atividade na data do início da vigência da Lei nº 17.293/20 e que tenham se aposentado ocupando cargo/função pública;
- Servidores públicos estaduais em atividade, do Poder Executivo e suas autarquias, Legislativo e Judiciário, e do Tribunal de Contas do Estado sem inscrição ativa no Iamspe na data da publicação da Lei nº 17.293/20;
- Beneficiários de contribuintes, incluindo os agregados (pai e mãe, padrasto e madrastra), sem inscrição ativa no Iamspe na data da publicação da Lei nº 17.293/20, desde que obedecidas às disposições do artigo 7º do decreto-lei nº 257/70;
- Viúvo (a) ou companheiro (a) não inscrito anteriormente pelo contribuinte falecido, desde que na data do falecimento o contribuinte estivesse com a inscrição ativa no cadastro Iamspe.



Importante: Viúvo (a) ou companheiro (a) de contribuinte facultativo falecido deve fazer o pedido de inscrição dentro do prazo de 180 dias corridos do falecimento.

#### **4. PRAZO DE INSCRIÇÃO**

- Contribuinte (facultativo): até 13 de abril de 2021;
- Beneficiários incluindo os agregados (pai e mãe, padrasto e madrastra): a qualquer tempo a partir da inscrição efetiva do contribuinte;
- Novos admitidos no serviço público estadual (facultativo): 180 dias corridos contados a partir da posse/admissão do servidor.

#### **5. PERMANÊNCIA MÍNIMA**

Beneficiários, incluindo os agregados pai e mãe, padrasto e madrastra, de todos os contribuintes que solicitarem sua inclusão no Iamspe após a Lei nº 17.293/20: 24 meses.

O cancelamento da inscrição de contribuinte acarretará na perda do direito de assistência médico hospitalar de forma irreversível do próprio contribuinte e de seus beneficiários e agregados.

##### **Observação:**

Compulsório: não é permitido o cancelamento;

Facultativo: deve seguir o prazo acima, caso tenha beneficiário / agregado.

#### **6. INSCRIÇÃO**

Para inscrição do contribuinte, beneficiários e agregados (pai, mãe, padrasto, madrastra), a documentação necessária (Vide Anexo I), deverá ser coletada pelo RH e anexada no momento do cadastro diretamente no Portal do RH.

O cadastro e documentação serão analisados e validados pelo setor de Cadastro do IAMSPE e no Portal do RH terá o Status atualizado com o resultado da análise, APROVADO/APTO ou REPROVADO/INAPTO.

Caso o cadastro e documentação estejam de acordo, o mesmo receberá o Status de APROVADO/APTO, contribuinte e beneficiário(s) estarão liberados para acesso aos serviços do IAMSPE.

Se o cadastro e documentação não estiverem de acordo, o Status será REPROVADO/INAPTO e apresentado o motivo, para que o RH providencie a regularização.

#### **7. CADASTRO DOS NOVOS CONTRIBUINTES, BENEFICIÁRIOS E AGREGADOS**

A inclusão dos servidores será feita pelo RH do órgão diretamente no "Portal RH". De acordo com o passo a passo a seguir:



Menu / Pessoa: Opções para inclusão de titular e beneficiário; Consultas e Alterações e Consulta de Solicitações.

The screenshot shows the Iamspe website header with the logo and tagline 'A saúde do servidor'. Below the header, there are navigation links for 'Home' and 'Pessoa'. A dropdown menu is open under 'Pessoa', listing the following options: 'Incluir Titular', 'Incluir Beneficiário', 'Consultar/Alterar', and 'Consultar Solicitações'. At the bottom of the page, there is a copyright notice: '2020 © IAMSPE | Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo'.

Inclusão Titular: Adicionar dados cadastrais do Contribuinte/Titular.

The screenshot displays the 'ADICIONAR CONTRIBUINTE / TITULAR' form. The form is titled 'DADOS PESSOAIS' and contains the following fields:

- Nome: Text input field.
- Sexo: Dropdown menu with 'Selecione' and a downward arrow.
- Nome Social: Text input field.
- Nome da Mãe: Text input field.
- Nome da Pai: Text input field.
- Nacionalidade: Dropdown menu with 'Selecione' and a downward arrow.
- Estado Civil: Dropdown menu with 'Selecione' and a downward arrow.
- Data de Nasc.: Text input field.
- CPF: Text input field.
- RG: Text input field.
- Orgão: Text input field.
- UF: Dropdown menu with 'Selecione' and a downward arrow.
- Data de Expedição: Text input field.



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual  
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

**Qualificação Funcional:** Campos que indicam o estado do contribuinte em relação ao órgão/secretaria no momento de cadastro.

QUALIFICAÇÕES

Qualificação 1

Nº RS Matrícula	Tipo População	Data Situação
<input type="text"/>	Selecione <input type="button" value="x"/> <input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>
Situação Funcional	Cliente Folha	Órgão
Selecione <input type="button" value="x"/> <input type="button" value="v"/>	Selecione <input type="button" value="v"/>	Selecione <input type="button" value="v"/>
Unidade Orçamentaria	Unidade Despesa	Unidade Administrativa
Selecione <input type="button" value="v"/>	Selecione <input type="button" value="v"/>	Selecione <input type="button" value="v"/>

[Adicionar 2º qualificacao](#)

**Email:** Podem ser cadastrados até 3 emails.

 **Iamspe**  
A saúde do servidor



[Home](#) [Pessoa](#)

E-MAILS

Email 1

Email

TELEFONES

Telefone 1

Principal

Tipo	DDD	Telefone	Ramal	Contato
<input type="button" value="v"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Endereços:** O endereço cadastrado deve ser da residência do beneficiário e não do local de trabalho.



Home Pessoa

**ENDEREÇOS**

Endereço 1

Principal    Tipo    CEP    UF    Cidade

Bairro    Tipo    Logradouro    N°    Complemento

Adicionar

Salvar

2020 © IAMSPÉ | Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo

**Anexo de documentos:** Após o preenchimento do cadastro acima, ao clicar em salvar, caso não falte nenhuma informação e todas estejam coerentes, abrirá uma aba em forma de campo para anexar a documentação em formato JPEG, PNG E PDF no tamanho de até 5MB(MEGA BYTES).

DOCUMENTOS

Tipo de Documento    Arquivo    Preview

Selecione    Escolher arquivo    Nenhum arquivo selecionado

Enviar

**Inclusão de Beneficiário:** Após a inclusão do Contribuinte/Titular, é possível a inclusão de beneficiário, a partir busca ao CPF do Contribuinte.



Home Pessoa

### ADICIONAR BENEFICIÁRIO

#### DADOS DO CONTRIBUINTE / TITULAR

CPF/Carteira do titular

Buscar

Limpar

O preenchimento segue padrão como no fluxo anterior.



Home Pessoa

### ADICIONAR BENEFICIÁRIO

#### DADOS DO CONTRIBUINTE / TITULAR

21

Buscar

Limpar

CPF: 21 INSCRIÇÃO: 22 NOME: T

#### DADOS PESSOAIS

Nome

Vinculo

Selecione



Sexo

Selecione

Nome Social

Nome da Mãe

Nome da Pai

O preenchimento segue padrão como no fluxo anterior.



Home Pessoa

Nome da Mãe		Nome da Pai		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Nacionalidade	Estado Civil	Data de Nasc.	Escolaridade	
Selecione <input type="text"/>	Selecione <input type="text"/>	<input type="text"/>	Selecione <input type="text"/>	
CPF	RG	Orgão	UF	Data de Expedição
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Selecione <input type="text"/>	<input type="text"/>

**E-MAILS**

Email 1

Email

Adicionar

O preenchimento segue padrão como no fluxo anterior.



Home Pessoa

**TELEFONES**

Telefone 1

Principal

Tipo	DDD	Telefone	Ramal	Contato
<input type="text"/>				

Adicionar

**ENDEREÇOS**

Endereço 1

Principal

Tipo	CEP	UF	Cidade	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bairro	Tipo	Logradouro	Nº	Complemento
<input type="text"/>				

O preenchimento segue padrão como no fluxo anterior.



LISTAGEM DE BENEFICIÁRIO

CPF/Carteira do titular

**Edição de cadastro:** Então aparecerá o registro do mesmo com as informações e status, para checagem de documentos e registros, basta clicar na canetinha:

LISTAGEM DE BENEFICIÁRIO

Nome	CPF	Carteira	Vínculo	Nascimento	Tipo Vínculo	Motivo Status	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	TITULAR	[REDACTED]	CONTRIBUINTE	APTO PARA ATENDIMENTO	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MAE	[REDACTED]	AGREGADO	APTO PARA ATENDIMENTO	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	CONJUGE	[REDACTED]	BENEFICIARIO	APTO PARA ATENDIMENTO	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	PAI	[REDACTED]	AGREGADO	APTO PARA ATENDIMENTO	

Existem 4 Beneficiarios

**Status relativo à documentação enviada em anexo:** Ao clicar em editar (canetinha), será possível ver os status dos documentos enviados, basta rolar até o fim da página:



# SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual  
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

## DOCUMENTOS

Tipo de Documento:  Arquivo:  Nenhum arquivo selecionado Preview

Tipo	Descrição	Status	Motivo	Visualizar	Excluir
RG	[REDACTED]	Reprovado	Termo de inscrição assinado pelo contribuinte e chefe		
CERTIDAO DE CASAMENTO	[REDACTED]	Aprovado	Documento Aprovado		
HOLERITE CONTRIBUINTE	[REDACTED]	Aprovado	Documento Aprovado		
TERMO DE INSCRICAO	[REDACTED]	Aprovado	Documento Aprovado		
CPF	[REDACTED]	Aprovado	Documento Aprovado		
COMPROVANTE DE RESIDENCIA	[REDACTED]	Aprovado	Documento Aprovado		

## Consulta Solicitações de Cadastro: Consulta de documentos e Status da análise feita pelo Setor de Cadastro do IAMSPE.

### CONSULTA DE DOCUMENTOS

22/01/2021 - 29/01/2021

Aprovado  Pendente  Reprovado  Em Analise

Atualizado	Documento	Nome	Status	Motivo
1	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
2	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
3	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
4	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
5	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
6	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
7	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
8	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
9	[REDACTED] > CONTRIBUINTE > [REDACTED]	TITULAR		
10	[REDACTED] > BENEFICIARIO > [REDACTED]	FILHO(A)		

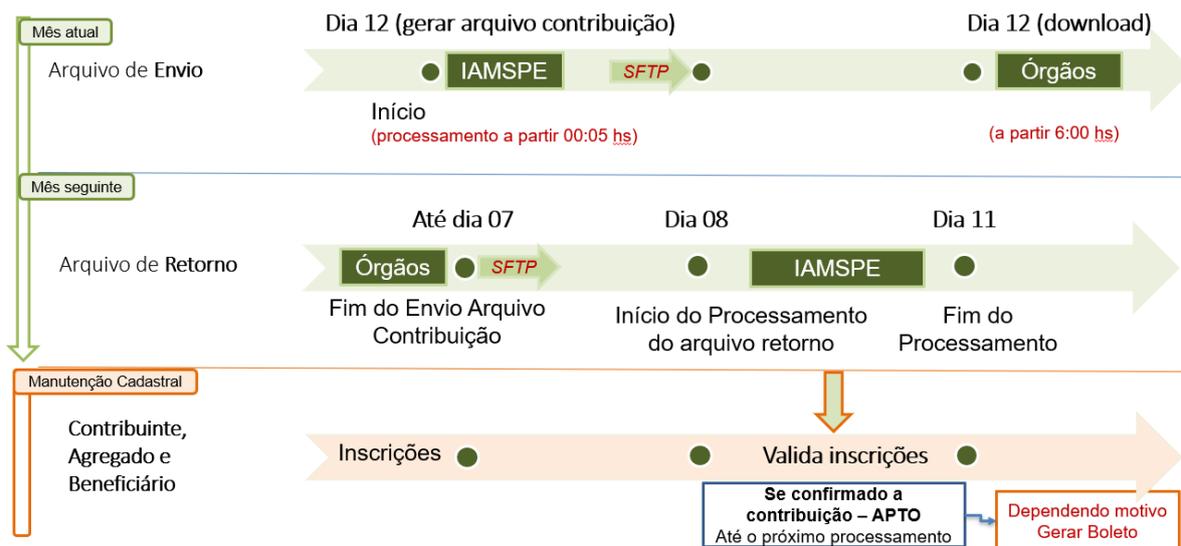
1 2 3 4 5 10

## 8. CONTRIBUIÇÃO

Esta seção é útil para o departamento de processamento da Folha de Pagamento.

Todos os servidores, agregados e beneficiários cadastrados no Portal RH até o dia 12 de cada mês serão incluídos no arquivo de processamento para cobrança de contribuição, de acordo com o fluxo abaixo:

## LINHA DO TEMPO



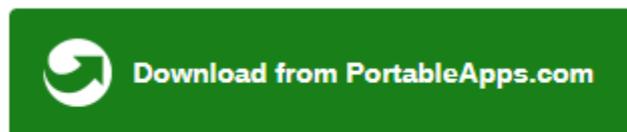
A partir das 6h do dia 12, o **órgão com processamento próprio da folha**, poderá fazer o download do arquivo com percentuais para desconto da contribuição que deverão ser processadas em folha.

O órgão terá o prazo de até o dia 07 do mês seguinte para o envio do arquivo de contribuição processado com o retorno das informações para o IAMSPE via SFTP. De acordo com passo a passo, a seguir:

Acessar o site : [https://portableapps.com/apps/internet/filezilla\\_portable](https://portableapps.com/apps/internet/filezilla_portable) e efetuar o download clicando em "Download from PortableApps.com"

## FileZilla Client Portable

FTP client

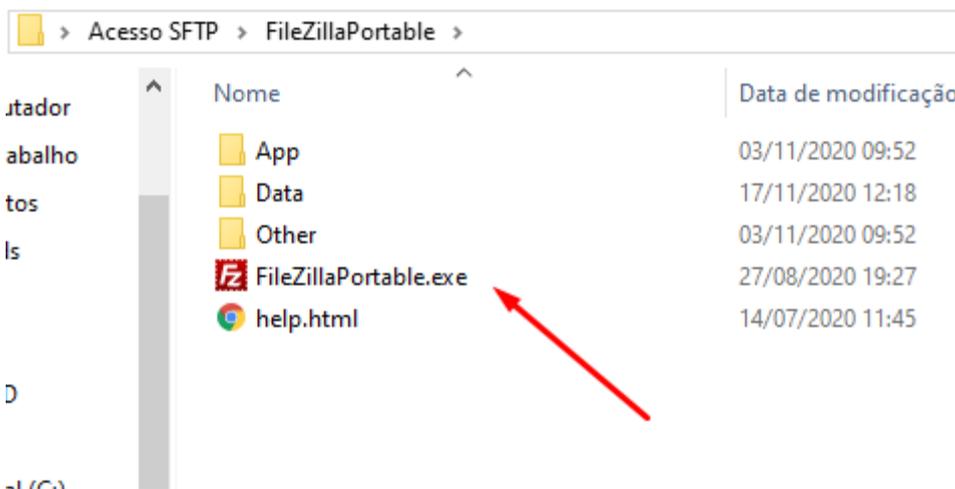


Version 3.51.0 for Windows, Multilingual  
11MB download / 36MB installed  
[Antivirus Scan](#) | [Details](#)

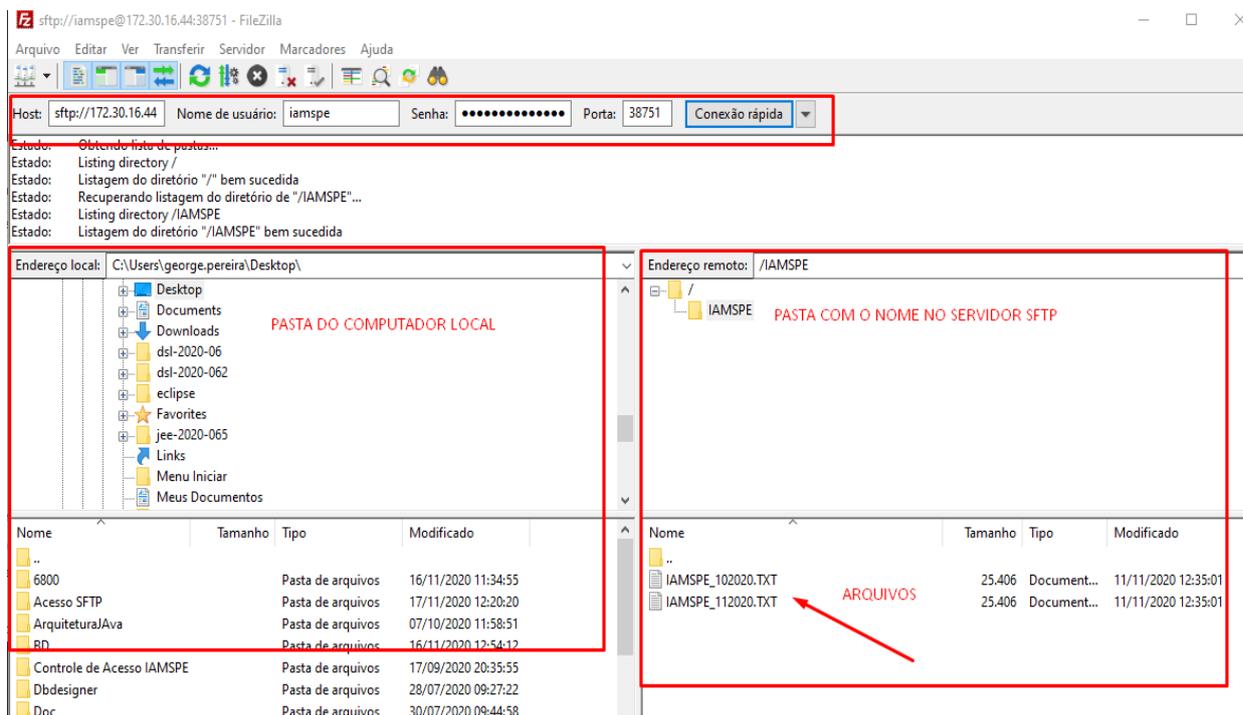
1. Extrair Acesso SFTP.rar
2. Execute o FileZillaPortable.exe

FileZillaPortable

Compartilhar Exibir



3. Preencha os campos: **Host:**sftp://200.144.1.108 para acesso externo **esftp://172.30.16.44** para acesso interno.**Nome de Usuário:**\*\*\*\*\***Senha:**\*\*\*\*\***Porta:**38751 e clique em conexão rápida



Após o recebimento, o departamento responsável IAMSPE validará a contribuição do servidor tornando o cadastro com o Status APTO ou INAPTO.

O Status poderá ser consultado pelo contribuinte e beneficiários através do Portal do Contribuinte/Beneficiários ou pelo APP IAMSPE/GTI-IAMSPE (disponível para Android na loja de aplicativos Google Play Store)



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

No caso de não haver a contribuição através do processamento das informações em folha de pagamento o contribuinte/beneficiários receberá o Status de INAPTO.

Neste caso o recolhimento da contribuição deverá ser feito através de boleto.

Os boletos serão processados pelo sistema de cobrança IAMSPE, enviado via correio e disponibilizado no portal e app para acesso dos contribuintes.

### 9. CRONOGRAMA

Cronograma de Cobrança - Iamspe											
Data de inclusão	COMPETÊNCIA										
	out/20		nov/20		dez/20		jan/21		fev/21		
<= 16/10/2020 - competência outubro	< 59 anos	>= 59 anos	< 59 anos	>= 59 anos	< 59 anos	>= 59 anos	< 59 anos	>= 59 anos	< 59 anos	>= 59 anos	
Beneficiário	0,25%	0,5%	0,5%	1,0%	0,5%	1,0%	0,5%	1,0%	0,5%	1,0%	
Agregado		0,5%	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	
Facultativo		0,5%	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	2,0%	3,0%	
Compulsório			2,0%		2,0%		2,0%	2,5% (**)	2,0%	3,0%	

*Obs: Arquivo gerado e disponibilizado no dia 16 às 6hs* 14/12/2020 - V.1.2 -GTI-Iamspe  
 (\*\*) cobrança proporcional (15 dias) - (noventena - Lei 17.293)

### 10. VDs

Código	Tipo	Menor	Maior ou igual	Insida sobre	Forma de arrecadação	
VDs		59 anos	59 anos			
<b>MENSAL</b>						
70.006	Contribuinte	2%	3%	sobre todas as parcelas recebidas a qualquer título, inclusive acréscimo de 1/3 de férias, 13º salário, bonificações e participação nos resultados	ATIVOS / SPPREV Desconto em folha	
70.037	Agregado	2%	3%			
70.119	Beneficiário	0,5%	1%			
<b>FÉRIAS</b>						
70.007	Férias-Contribuinte	2%	3%		BECOFAL DE CELETISTA (conjuge e filhos) Através de boleto (*)	
70.120	Férias-Agregado	2%	3%			
70.121	Férias-Beneficiário	0,5%	1%			
<b>13º SALÁRIO</b>						
70.122	13º Sal-Contribuinte	2%	3%			
70.123	13º Sal-Agregado	2%	3%			
70.124	13º Sal-Beneficiário	0,5%	1%			

(\*) Boleto disponível no portal do Contribuinte / Beneficiário  
<http://app.iamspe.sp.gov.br/portalbeneficiario/login>



## **11. CANCELAMENTO**

De acordo com o Decreto-Lei nº 257, de 29/05/1970 e alterações posteriores, inclusive as alterações fixadas pela Lei nº 17.293 de 15/10/2020. É possível solicitar o cancelamento da adesão dos beneficiários e agregados após o prazo de permanência de 24 meses, contados a partir da inclusão.

O cancelamento dos beneficiários e agregados também pode ser solicitado através do preenchimento do formulário no site do IAMSPE e envio para o setor de Cadastro IAMSPE. [\(Clique aqui para obter o formulário\);](#)  
[Termo de Adesão / Cancelamento ao Sistema de Saúde IAMSPE.](#)



## ANEXO I – DOCUMENTAÇÃO

### CADASTRO TITULAR / BENEFICIÁRIOS

#### CONTRIBUINTE

- RG e CPF do contribuinte;
- Último holerite;
- Comprovante de residência.

Estes documentos também são obrigatórios para toda inclusão e atualização de cadastro de beneficiários e agregados.

#### CÔNJUGE – MARIDO/ESPOSA

- RG e CPF do cônjuge;
- Certidão de casamento atualizada (2ª via);
- RG e último holerite do contribuinte.

#### COMPANHEIRO

**Se houver escritura de união estável feita perante Tabelião (cartório)**

- RG e CPF do contribuinte
- Último holerite do contribuinte;
- RG e CPF (apresentação obrigatória) do companheiro (a).

**Documento imprescindível para contribuinte e o companheiro (a) a fim de comprovar o estado civil:** Além dos documentos acima, o contribuinte e o requerente companheiro (a) deverão apresentar certidão nascimento atualizada caso seja solteiro (a) ou certidão de casamento com averbação atualizada da separação ou divórcio, caso haja processo judicial.

**OU**

**Se não houver Escritura Pública de União Estável**

Os três documentos descritos a seguir são de apresentação obrigatória:

- 1 – Preencher o formulário de solicitação de inscrição de companheiro para casos em que não tenha sido feito documento de união estável; [\(Clique aqui para obter o formulário\) – Inscrição Companheiro](#)
- 2 – Assinatura de duas testemunhas que atestaram o tempo de convivência no formulário e apresentação do RG;
- 3 – Certidão de nascimento atualizada caso seja solteiro (a) ou certidão de casamento com averbação atualizada da separação ou divórcio, caso haja processo judicial (**documento imprescindível para contribuinte e o companheiro (a) a fim de comprovar o estado civil**)

**Importante:** Os documentos descritos a seguir devem comprovar no mínimo três anos de convivência, de acordo com o decreto 52.474/70.

Apresentar no mínimo 3 (três) dos documentos relacionados abaixo:

Certidão de nascimento de filho havido em comum;

Conta bancária conjunta;

Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;

Disposições testamentárias;

Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente;

Prova de mesmo domicílio;



Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado; Seguro do qual conste na apólice o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária.

## **ENTEADOS**

### **Enteado até 17 Anos**

- RG e CPF do contribuinte e do enteado;
- CPF do enteado (obrigatória apresentação);
- Se não houver RG, trazer Certidão de nascimento;
- Último holerite do contribuinte;
- Certidão de casamento atualizada do contribuinte (2ª via).

### **Enteado acima de 18 Anos**

- RG e CPF do contribuinte e do enteado;
- Certidão de nascimento atualizada (2ª via) para comprovação do estado civil;
- Último holerite do contribuinte;
- Certidão de casamento atualizada do contribuinte (2ª via).

### **Enteado Estudante de 21 a 25 Anos**

- Certidão de casamento atualizada do contribuinte (2ª via);
- R.G. e CPF do contribuinte e do filho maior;
- Certidão de nascimento atualizada (2ª via) para comprovação do estado civil;
- Informação do Cadastro Nacional de Informações Sociais (CNIS), inclusive para filhos universitários. O documento traz o registro de vínculos empregatícios e pode ser obtido em qualquer posto do INSS ou no site "Meu INSS" onde o interessado deve fazer o seu cadastro individual;
- Apresentar Termo de Responsabilidade preenchido (**Clique aqui para obter o formulário**); **Termo Resp Def**
- Último holerite do contribuinte;
- Declaração de que está regularmente matriculado em estabelecimento de ensino médio ou superior (no caso de curso anual apresentar declaração até 31 de janeiro de cada ano; em caso de curso semestral, apresentar declaração até 31 de março para o 1º semestre e até 31 de agosto para o segundo semestre do corrente ano, se o curso encerrar em dezembro termina nessa data a validade da declaração).

### **Enteado incapaz**

- Certidão de casamento atualizada do contribuinte (2ª via);
- Certidão de nascimento atualizada (2ª Via) do enteado para comprovação do estado civil;
- Comprovante de endereço;
- Cópia do último holerite do contribuinte;
- RG e CPF do enteado (obrigatória apresentação para crianças acima de 8 anos);
- Declaração do INSS e SPPREV (De que recebe ou não pensão);
- Incluir também o termo legal de curatela ou interdição (Se houver).

### **EX-CÔNJUGE (NÃO VALE PARA DIVÓRCIO)**

- RG do contribuinte e do ex-cônjuge;
- CPF do ex-cônjuge;
- Termo de Responsabilidade preenchido; (**Clique aqui para obter o formulário**); **Termo Resp Def**
- Certidão de casamento atualizada (2ª via) com averbação da separação judicial;



- Último holerite do contribuinte;
- Comprovante de endereço.

## **FILHOS**

### **Filho até 17 Anos**

- RG e CPF do contribuinte;
- RG ou certidão de nascimento do filho;
- CPF do filho menor (obrigatória apresentação);
- Último holerite do contribuinte.

### **Filho Solteiro de 18 a 21 Anos**

- RG do contribuinte;
- RG e CPF do filho solteiro;
- Certidão de nascimento atualizada (2ª via) para comprovação do estado civil;
- Último holerite do contribuinte.

### **Filho Estudante Solteiro de 21 a 25 Anos**

- R.G. do contribuinte e do filho, mais certidão de nascimento atualizada (2ª via) para comprovação do estado civil;
- CPF do filho maior;
- Apresentar Termo de Responsabilidade preenchido ([Clique aqui para obter o formulário](#)); **Termo Resp Def**
- Último holerite do contribuinte;
- Informação do CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais), inclusive para filhos universitários. O documento pode ser obtido em qualquer posto do INSS e traz o registro de vínculos empregatícios;
- No caso de ser estagiário, apresentar o comprovante de bolsa/remuneração da empresa;
- Declaração de que está regularmente matriculado em estabelecimento de ensino médio ou superior (no caso de curso anual apresentar declaração até 31 de janeiro de cada ano; em caso de curso semestral, apresentar declaração até 31 de março para o 1º semestre e até 31 de agosto para o segundo semestre do corrente ano, se o curso encerrar em dezembro termina nessa data a validade da declaração);

## **MENOR SOB GUARDA E TUTELA**

- Certidão de nascimento ou RG;
- CPF do menor (obrigatória apresentação)
- RG e CPF obrigatório do contribuinte;
- Último holerite do contribuinte;
- Termo de Guarda ou Tutela Judicial.

**Atenção:** Benefício somente até completar 18 anos de idade improrrogáveis.

## **BENEFICIÁRIO DE CONTRIBUINTE FALECIDO**

### **VIÚVA**

- RG e CPF da viúva;
- Último Holerite de Pensão ou protocolo que comprove o pedido;
- Comprovante de Endereço;
- Certidão de Óbito do contribuinte.



### **CÔNJUGE VIÚVO**

- Fazer requerimento de próprio punho solicitando sua inscrição como contribuinte facultativo do Iamspe;
- RG do contribuinte falecido e do beneficiário;
- CPF do beneficiário;
- Certidão de Casamento atualizada (2ª Via) para comprovação do estado civil;
- Certidão de Óbito do contribuinte;
- Cópia do último holerite em vida do contribuinte;
- Holerite da Pensão ou protocolo que comprove o pedido;
- Comprovante de Endereço.

### **COMPANHEIRO (A)**

- Fazer requerimento de próprio punho solicitando sua inscrição como contribuinte facultativo do Iamspe, onde deve constar a data do início da vida conjugal até a data do falecimento do (a) contribuinte;
- O requerimento deve ter a assinatura de 2 (duas) testemunhas com firma reconhecida e deve ser apresentado o RG das testemunhas;
- RG do (a) contribuinte falecido (a) e do interessado (a);
- CPF (apresentação obrigatória) do beneficiário companheiro (a);
- Comprovante de Endereço;
- Cópia do último holerite em vida do (a) contribuinte;
- Holerite de Pensão ou protocolo que comprove o pedido;
- Certidão de Óbito do contribuinte;
- Certidão nascimento (atualizada), caso seja solteiro (a), do contribuinte e do companheiro - imprescindível para comprovar estado civil;
- Certidão de Casamento com averbação (atualizada) da separação ou divórcio, do contribuinte e do companheiro.

### **OU**

- Escritura Pública de união estável registrada perante tabelião (cartório).

### **Caso não haja certidão de casamento ou escritura pública de união estável será necessário:**

- Fazer requerimento de próprio punho solicitando sua inscrição como contribuinte facultativo do Iamspe, onde deve constar a data do início da vida conjugal até a data do falecimento do(a) contribuinte;
- O requerimento deve ter a assinatura de 2 (duas) testemunhas com firma reconhecida e deve ser apresentado o RG das testemunhas;
- RG do (a) contribuinte falecido (a) e do interessado(a);
- CPF (apresentação obrigatória) do beneficiário companheiro (a);
- Comprovante de Endereço;
- Cópia do último holerite em vida do(a) contribuinte;
- Certidão de Óbito do contribuinte;
- Certidão nascimento (atualizada), caso seja solteiro (a), do contribuinte e do companheiro - imprescindível para comprovar estado civil.

Além dos documentos acima, apresentar no mínimo 3 (três) dos documentos relacionados abaixo que comprovem a união estável nos últimos três anos no mínimo:

- Certidão de nascimento de filho havido em comum;
- Conta bancária conjunta;



- Declaração do imposto de renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente;
- Disposições testamentárias;
- Escritura de compra e venda de imóvel pelo segurado em nome de dependente;
- Prova de mesmo domicílio;
- Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;
- Seguro da qual conste na apólice o segurado como instituidor do seguro e a pessoa interessada como sua beneficiária.

## **FILHOS**

### **Filho Solteiro até 17 Anos**

- RG ou Certidão de nascimento;
- CPF do filho (apresentação obrigatória para crianças acima de 8 anos);
- Cópia do último holerite em vida da contribuinte;
- Certidão de Óbito do contribuinte.

### **Filho Solteiro de 18 a 21 Anos**

- RG e CPF do filho (apresentação obrigatória);
- Certidão de nascimento atualizada (2ª Via) para comprovação do estado civil;
- Cópia do último holerite em vida do(a) contribuinte;
- Certidão de Óbito do contribuinte.

## **FILHOS MAIORES ESTUDANTE ATÉ 25 ANOS**

- Preencher o formulário de manutenção de beneficiário do contribuinte falecido ([Clique aqui para obter o Formulário](#)); **Contribuinte falecido**
- RG e CPF do filho (apresentação obrigatória)
- Certidão de nascimento atualizada (2ª Via) para comprovação do estado civil;
- Cópia do último holerite em vida do contribuinte;
- Certidão de Óbito do contribuinte;
- Informação do CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais), inclusive para filhos universitários. O documento traz o registro de vínculos empregatícios e pode ser obtido em qualquer posto do INSS ou no site "Meu INSS" onde o interessado deve fazer o seu cadastro individual.
- Declaração de que está regularmente matriculado em estabelecimento de ensino médio ou superior (no caso de curso anual apresentar declaração até 31 de janeiro de cada ano; em caso de curso semestral, apresentar declaração até 31 de março para o 1º semestre e até 31 de agosto para o segundo semestre do corrente ano, se o curso encerrar em dezembro termina nessa data a validade da declaração).

## **FILHOS MAIORES INCAPACITADOS**

- Preencher o formulário de manutenção de beneficiário do contribuinte falecido ([Clique aqui para obter o Formulário](#)); **Contribuinte falecido**
- Na Capital o requerente passará por perícia médica.
- No caso do contribuinte do Interior, preencher o formulário de Atestado Médico de Capacidade Laborativa ([Clique aqui para obter o Formulário](#)); **Atestado Capacidade Laborativa**
- Certidão de nascimento atualizada (2ª Via) para comprovação do estado civil;
- RG e CPF do filho (apresentação obrigatória);



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

**Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual**

Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

- Declaração SPPREV (que recebe ou não pensão) e Informação do CNIS (Cadastro Nacional de Informações Sociais). O documento pode ser obtido em qualquer posto do INSS ou no site "Meu INSS" por cadastro individual e traz o registro de vínculos empregatícios.
- Incluir também o termo legal de curatela ou interdição (Se houver);
- Cópia do último holerite em vida do (a) contribuinte;
- Certidão de Óbito do Contribuinte.

### **ENTEADOS**

- Certidão de nascimento;
- RG e CPF do enteado (obrigatória apresentação);
- Certidão de casamento dos pais;
- Cópia do último holerite em vida do(a) contribuinte;
- Certidão de Óbito do Contribuinte.



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000

### ANEXO II – FORMULÁRIOS

#### CADASTRO TITULAR / BENEFICIÁRIOS



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

### 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 HOPE (HRD)	

#### II - Inclusão de Beneficiário(a) na Condição de Companheiro(a)

O CONTRIBUINTE 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		Data de nascimento		Sexo	Estado Civil
Nº cédula de Identidade (R. G.)	Dígito	Órgão Emissor	UF	Nº do CPF	

#### IV - Identificação do(a) 1º 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) 2º 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.

Gerência de Finanças  
Núcleo de Cadastro - Avenida Ibirapuera, 981 - Telefone: 11 4573-8204 / 4573-8181



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual  
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

### Atestado Médico de Capacidade Laborativa

Este Atestado destina-se a subsidiar a Junta da Saúde para avaliação de Capacidade Laborativa com fins de direito de uso do Iamspe, conforme artigo 14, decreto lei 52474 de 25/06/1970.

Paciente: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atesto que o paciente:

- Foi atendido por mim em: \_\_\_\_\_
- Início do quadro clínico: \_\_\_\_\_
- É acompanhado por mim desde: \_\_\_\_\_
- Apresentando: \_\_\_\_\_
- Histórico: \_\_\_\_\_
- Exame Físico: \_\_\_\_\_
- Exame Psiquiátrico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Cid 10: \_\_\_\_\_

Prognóstico: \_\_\_\_\_

Grau de limitação Física/Mental: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Obs: As informações acima fornecidas deverão obedecer aos preceitos da Ética Médica.

\_\_\_\_\_  
Gerência de Finanças  
Núcleo de Cadastro - Avenida Ibirapuera, 981 - Telefone: 11 4573-8000



## Termo de Responsabilidade

### I - Qualificação do Servidor

Nome: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidade: \_\_\_\_\_ Nº de Inscrição Iamspe: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Cargo ou função: \_\_\_\_\_

Nome da Secretaria (Administração Direta): \_\_\_\_\_

### II - Constituição e Declaração de Beneficiário

O Servidor Público Estadual acima qualificado, constitui como seu beneficiário, de acordo com a Lei em vigor:

O(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_

filho(a) de \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

nascido em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cédula de Identidade: \_\_\_\_\_

Meu (minha) \_\_\_\_\_ atesto sob as penas da lei (artigos 299 e 301 do Código Penal) que:

(\*) \_\_\_\_\_

(\*) Transcrever conforme tipo de beneficiário - vide verso

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Servidor Público

Visto do setor:

\_\_\_\_\_  
Gerência de Finanças  
Núcleo de Cadastro - Avenida Ibirapuera, 981 - Telefone: 11 4573-8204 / 4573-8181



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual  
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual

### Requerimento para Manutenção como Beneficiário de Contribuinte Falecido

I - Qualificação do(a) Requerente				
Nome requerente		Sexo		Estado Civil
Endereço		Nº	Complemento	
Bairro	Cidade/Município	UF	CEP         -	
Afidade		Telefone ( )		Telefone ( )
Nº cédula de Identidade (R. G.) 	Dígito	Órgão Emissor 	UF 	Nº do CPF                 -
Outros documentos, especificar, número:		Nº de Inscrição IAMSPE (HIB)           -		Nº Prontuário HSPE (HRD)                 -

O BENEFICIÁRIO acima qualificado, para fins de assistência médica junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - Iamspe, vem requerer conforme o Decreto Lei 257 de 29 de maio de 1970 e alterações posteriores, inclusive as alterações fixadas pela Lei nº 17.293 de 15/10/2020, a **Manutenção da Inscrição, alterando a Categoria de Beneficiário para Beneficiário de Contribuinte Falecido**:

- Filho incapacitado para o trabalho  
 Filho estudante de 21 a 25 anos

Declaro que as informações acima são corretas, sob as penas previstas nos artigos 299 e 301 do Código Penal vigente (Decreto Lei 2.848 de 07 de dezembro de 1940) em anexo, cópia das documentações comprobatórias.

Contribuinte falecido			Sexo		Raça
Data de nascimento 	Naturalidade	UF 	Estado Civil		Data do falecimento 
Nº cédula de Identidade (R. G.) 	Dígito	Órgão Emissor 	UF 	Nº da Certidão de Óbito	
Nº de Inscrição IAMSPE (HIB)           -		Nº Prontuário HSPE (HRD)                 -		Observação:	

Nestes termos, pede deferimento.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Assinatura do(a) requerente

Gerência de Finanças  
Núcleo de Cadastro - Avenida Ibirapuera, 981 - Telefone: 11 4573-8204 / 4573-8181



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual  
Avenida Ibirapuera, 981 - Vila Clementino - CEP: 04029-000 - Tel: 4573-8000



## SECRETARIA DE PROJETOS, ORÇAMENTO E GESTÃO

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

R.G.:	CPF:	R.S.:
Nome:		
Cargo/Função Denominação:		
Cod. UA:	Denominação:	
Endereço:		
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	Uso do Órgão Setorial Subsetorial de RH
Local:  Data:  _____ Assinatura do contribuinte	Averbado por:  Data:  _____ Assinatura e carimbo do responsável