



## 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

# Cancelamento de contribuição

Exmo. Sr.

Superintendente do Iamspe

Eu, \_\_\_\_\_  
inscrição Iamspe nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_,  
Bairro \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_,  
Estado de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_,  
e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_, Tel: ( ) \_\_\_\_\_,  
Aposentado ( ) e/ou Pensionista ( ) venho respeitosamente solicitar à Vossa Senhoria  
**o Cancelamento** da minha contribuição Iamspe

Estou ciente que a minha solicitação é irreversível, conforme o artigo 3º, parágrafo único,  
do Decreto-Lei nº 257 de 29 de maio de 1970, alterado pela lei nº 10.504/00.

Nestes termos

Peço deferimento

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do solicitante

Anexar cópias:  
Xerox do último holerite  
Xerox do RG  
Xerox do CPF

Departamento de Administração

Gerência de Finanças/Controle e Arrecadação - Av. Ibirapuera, 981 - Tel.: (11) 4573-8815