



# 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

Local:

Data:

Assinatura do contribuinte

#### Uso do Órgão Setorial Subsetorial de RH

Averbado por:

Data:

Assinatura e carimbo do responsável

#### Gerência de Finanças

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