



SECRETARIA DE 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 HSPE (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) 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.

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