



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:



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

“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:

VÍNCULO	FAIXA ETÁRIA	% CONTRIBUIÇÃO
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 .
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
000000000000	Joãozinho	27/02/1966	Maria mãe do Joãozinho	email@pessoal.com.br	1	2	299	1

Exemplo explicando preenchimento de tabela.

Imagem 2

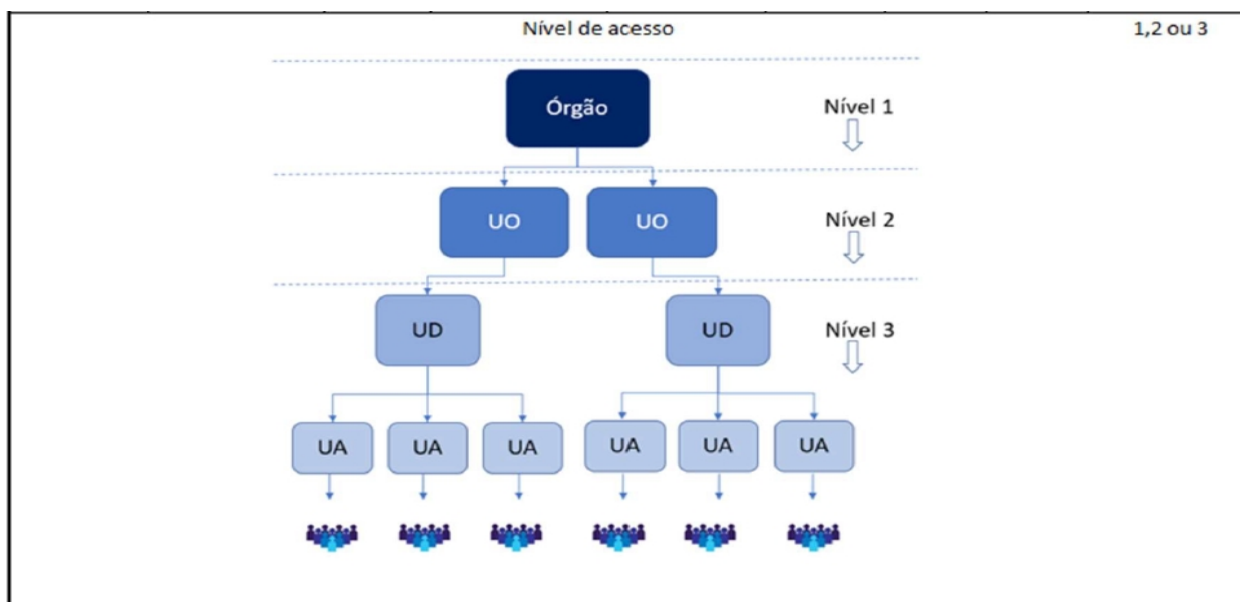
- Especificação dos níveis de acesso às áreas do sistema**

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 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;



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

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 interface. 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 enter'. Below these are two main navigation sections: 'PORTAL DA TRANSPARÊNCIA' and 'FALE CONOSCO'. The 'PORTAL DA TRANSPARÊNCIA' section contains a horizontal menu with the following items: 'QUEM SOMOS', 'ESPAÇO DO USUÁRIO' (highlighted in blue), 'NOTÍCIAS', 'ENSINO E PESQUISA', 'FAÇA PARTE DO IAMSPE', and 'SUA SAÚDE ESTÁ AQUI'. Below this horizontal menu is a vertical dropdown menu for 'ESPAÇO DO USUÁRIO', which includes the following 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'. To the right of the vertical menu, the text 'PORTAL DOS RHS' is displayed in large, bold, green letters. Below the vertical menu, there is a section titled 'Sistema Iamspe' with a description: 'Este 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.' At the bottom of this section, there is a link: 'Clique aqui para ter acesso.'

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.



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

1º Clicar em primeiro acesso.

Iamspe
A saúde do Servidor

Portal do RH

Login

Senha

Entrar

[Esqueci a Senha](#)

[Primeiro acesso](#)

Imagem 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

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



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

3º 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

Enviar

Referência à tabela (imagem 2)

imagem 6



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

4° Está 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.

The screenshot shows a web form for creating a new password. At the top is the Iamspe logo with the tagline 'A saúde do Servidor'. Below the logo is the title 'Cadastre uma nova senha'. The form consists of several input fields: a 'CPF' field with a blacked-out value, a 'Nome da mãe' field with a blacked-out value, a 'Data de nascimento' field with a blacked-out value, a 'Digite seu Email ou Carteira IAMSPE' field, an 'Insira sua senha' field, and a 'Confirme sua senha' field. At the bottom is a large grey button labeled 'Enviar'.

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:



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

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



 A saúde do servidor

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

Incluir Titular
Incluir Beneficiário
Consultar/Alterar
Consultar Solicitações

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

Inclusão Titular: Adicionar dados cadastrais do Contribuinte/Titular.

 A saúde do servidor

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

ADICIONAR CONTRIBUINTE / TITULAR

DADOS PESSOAIS

Nome

Sexo

Selecione

▼

Nome Social

Nome da Mãe

Nome da Pai

Nacionalidade

Selecione

▼

Estado Civil

Selecione

▼

Data de Nasc.

CPF

RG

Orgão

UF

Selecione

▼

Data de Expedição



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 x v	<input type="text"/>
Situação Funcional	Cliente Folha	Órgão
Selecione x v	Selecione v	Selecione v
Unidade Orçamentaria	Unidade Despesa	Unidade Administrativa
Selecione v	Selecione v	Selecione v

Adicionar 2º qualificação

Email: Podem ser cadastrados até 3 emails.

 **Iamspe**
A saúde do servidor



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

E-MAILS

Email 1

Email

Adicionar

TELEFONES

Telefone 1

☒ Principal

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



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



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

ENDEREÇOS

Endereço 1

☒ Principal

Tipo

CEP

UF

Cidade

Bairro

Tipo

Logradouro

Nº

Complemento

Adicionar

Salvar

2020 © IAMSPE | 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

Selecione

Arquivo

Escolher arquivo

Nenhum arquivo selecionado

Preview

Enviar

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



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

ADICIONAR BENEFICIÁRIO

DADOS DO CONTRIBUINTE / TITULAR

CPF/Carteira do titular

[Buscar](#)

[Limpar](#)

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

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.



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



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

Nome da Mãe

Nome da Pai

Nacionalidade

Estado Civil

Data de Nasc.

Escolaridade

CPF

RG

Orgão

UF

Data de Expedição

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

Adicionar

ENDEREÇOS

Endereço 1

☒ Principal

Tipo

CEP

UF

Cidade

Bairro

Tipo

Logradouro

Nº

Complemento

O preenchimento segue padrão como no fluxo anterior.



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



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

ENDEREÇOS

Endereço 1

☒ Principal

Tipo

CEP

UF

Cidade

Bairro

Tipo

Logradouro

Nº

Complemento

Adicionar

Salvar

2020 © IAMSPE | 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

Selecione

Arquivo

Escolher arquivo

Nenhum arquivo selecionado

Preview

Enviar

Consulta e Alteração: Consultar ou alterar os dados do Contribuinte e beneficiário, permite a alteração dos dados cadastrais, basta inserir o CPF.



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



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

LISTAGEM DE BENEFICIÁRIO

[Buscar](#)[Limpar](#)

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

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

[Buscar](#) [Limpar](#)

Nome	CPF	Carteira	Vínculo	Nascimento	Tipo Vínculo	Motivo Status	
			TITULAR		CONTRIBUINTE	APTO PARA ATENDIMENTO	
			MAE		AGREGADO	APTO PARA ATENDIMENTO	
			CONJUGE		BENEFICIARIO	APTO PARA ATENDIMENTO	
			PAI		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
Selecione ▾

Arquivo
Escolher arquivo Nenhum arquivo selecionado

Preview

Enviar

Tipo	Descrição	Status	Motivo	Visualizar	Excluir
RG		Reprovado	Termo de inscrição assinado pelo contribuinte e chefe		
CERTIDAO DE CASAMENTO		Aprovado	Documento Aprovado		
HOLERITE CONTRIBUINTE		Aprovado	Documento Aprovado		
TERMO DE INSCRICAO		Aprovado	Documento Aprovado		
CPF		Aprovado	Documento Aprovado		
COMPROVANTE DE RESIDENCIA		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	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
2	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
3	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
4	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
5	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
6	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
7	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
8	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
9	> CONTRIBUINTE > > TITULAR			
10	> BENEFICIARIO > > FILHO(A)			

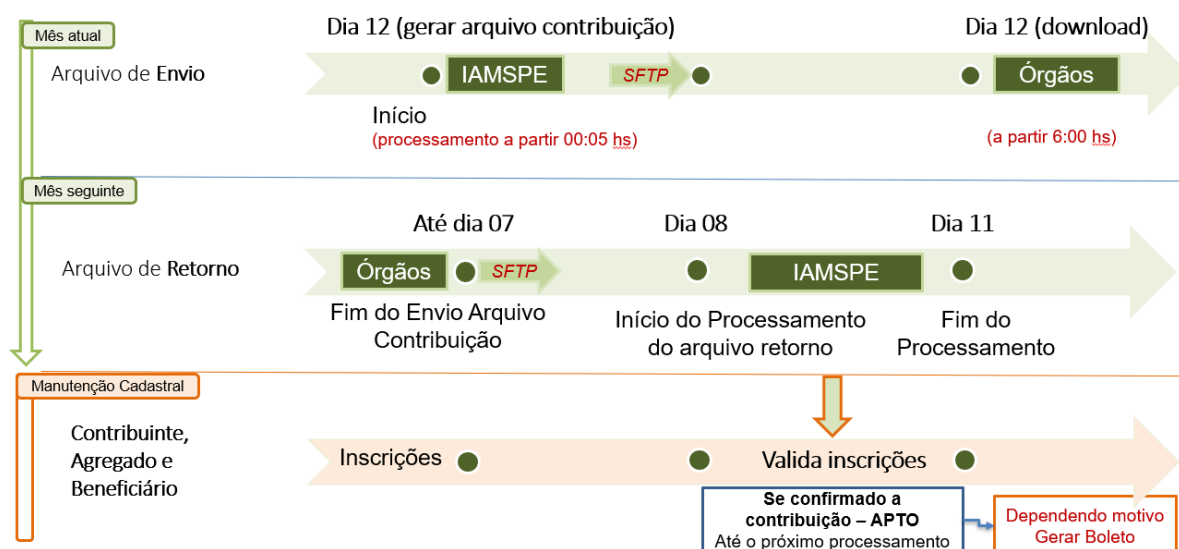
1 2 3 4 5 10 ▾

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



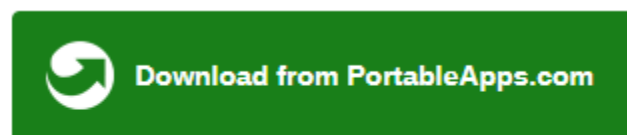
A partir das 6h do dia 12, o **órgão com processamento próprio da folha**, poderá fazer o download do arquivo com percentuais para desconto da contribuição que deverão ser processadas em folha.

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 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

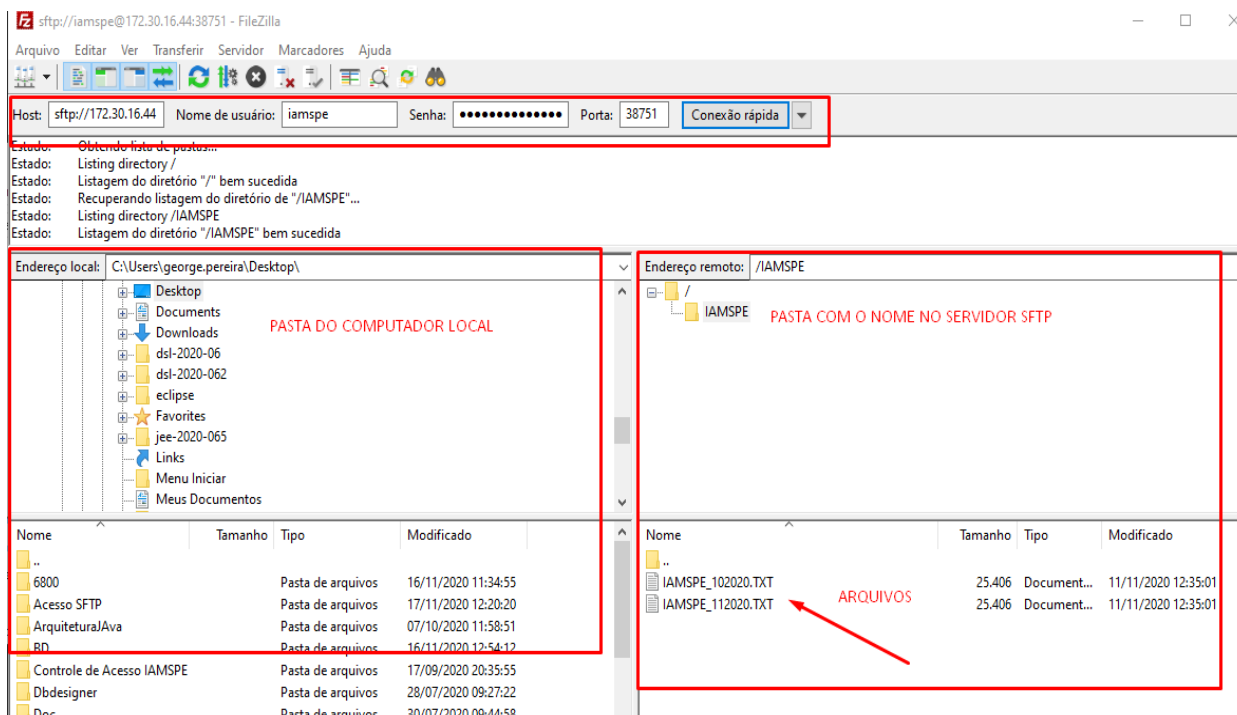
Compartilhar

Exibir

> Acesso SFTP > FileZillaPortable >

Ator	Nome	Data de modificação
Trabalho	App	03/11/2020 09:52
Trabalho	Data	17/11/2020 12:18
Trabalho	Other	03/11/2020 09:52
Trabalho	FileZillaPortable.exe	27/08/2020 19:27
Trabalho	help.html	14/07/2020 11:45

- 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



The screenshot shows the FileZilla interface with the following details:

- Host:** `sftp://172.30.16.44`
- Nome de usuário:** `iamspe`
- Senha:** *****
- Porta:** 38751
- Conexão rápida** button is highlighted.
- Endereço local:** `C:\Users\george.pereira\Desktop\`
- Endereço remoto:** `/IAMSPE`
- Local File List:**

Nome	Tamanho	Tipo	Modificado
6800		Pasta de arquivos	16/11/2020 11:34:55
Acesso SFTP		Pasta de arquivos	17/11/2020 12:20:20
Arquitetura\Ava		Pasta de arquivos	07/10/2020 11:58:51
BD		Pasta de arquivos	16/11/2020 12:54:12
Controle de Acesso IAMSPE		Pasta de arquivos	17/09/2020 20:35:55
Dbdesigner		Pasta de arquivos	28/07/2020 09:27:22
Dnc		Pasta de arquivos	30/07/2020 09:44:58
- Remote File List:**

Nome	Tamanho	Tipo	Modificado
..			
IAMSPE_102020.TXT	25.406	Document...	11/11/2020 12:35:01
IAMSPE_112020.TXT	25.406	Document...	11/11/2020 12:35:01

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

10. VDs

Código	Tipo	Menor	Maior ou igual	Insida sobre	Forma de arrecadação
VDs		59 anos	59 anos		
MENSAL				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
70.006	Contribuinte	2%	3%		
70.037	Agregado	2%	3%		
70.119	Beneficiário	0,5%	1%		
					BECOFAL DE CELETISTA (conjuge e filhos) Através de boleto (*)
FÉRIAS					
70.007	Férias-Contribuinte	2%	3%		
70.120	Férias-Agregado	2%	3%		
70.121	Férias-Beneficiário	0,5%	1%		
13º SALÁRIO					
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>



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

Item 1

Contribuição			Contribui em qual?			
A		B	1	2	3	
Compulsório	+	Facultativo	A + B	A	B	
Compulsório	+	Compulsório	A + B	A	B	
Facultativo	+	Facultativo	A + B	A	B	Contribuinte pode escolher um vínculo
Apos. SPPREV	+	Compulsório	A + B	A	B	
Apos. SPPREV	+	Facultativo	A + B	A	B	Contribuinte pode escolher um vínculo
Apos. INSS	+	Facultativo	A + B	A	B	Contribuinte pode escolher um vínculo
Compulsório	+	Comissão/Plantões Iamspe	A + B	A	B	

Item 2

	1	2	
Contribuinte aposentado na ATIVA	Boleto	Vínculo Ativo	Opção do contribuinte

Item 3

	1	2	
Contribuinte solicitou cancelamento de AGREGADO e está solicitando restituição	SIM	NÃO	Análise pelos setores de Arrecadação e Cadastro: Considerar a data do cancelamento no sistema, se óbito e se utilizou o plano

	1	2	
Contribuinte solicitou cancelamento de BENEFICIÁRIO e está solicitando restituição	SIM	NÃO	Análise pelos setores de Arrecadação e Cadastro: Considerar a data do cancelamento no sistema e óbito

Item 4

	1	2	
CANCELAMENTO DO PLANO (Somente para contribuinte Facultativo) Falta de pagamento de três contribuições consecutivas	SIM	NÃO	Cancelamento automático do contribuinte e grupo familiar (IRREVERSÍVEL)



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 25/08/1970.

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



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

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:	Averbado por:
Data:	Data:
_____ Assinatura do contribuinte	_____ Assinatura e carimbo do responsável

Gerência de Finanças

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

www.iamspe.sp.gov.br

Form. xx - Mod. 20507-07D