

**Solicitação de Inscrição de Companheiro (a)**

<b>I - Identificação do Contribuinte</b>				
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)	

<b>II - Inclusão de Beneficiário(a) na Condição de Companheiro(a)</b>				
O CONTRIBUINTE acima identificado (para fins de assistência médica junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual - Iamspe) solicita a <b>INSCRIÇÃO IAMSPE</b> do(a) companheiro(a) abaixo identificado(a) <b>declarando, sob penas da Lei</b> , que convive <b>sob o mesmo teto, há mais de três anos</b> com o referido companheiro(a).				

<b>III - Identificação do(a) Companheiro(a)</b>					
Nome		Data de nascimento		Sexo	Estado Civil
Nº cédula de identidade (R. G.)	Dígito	Órgão Emissor	UF	Nº do CPF	

<b>IV - Identificação do(a) 1ª Testemunha</b>					
Nome		Nº do CPF			
Endereço		Nº	Telefone ( )		
Bairro	Cidade/Município	UF	CEP		
Nº cédula de identidade (R. G.)	Dígito	UF	Assinatura		

<b>V - Identificação do(a) 2ª Testemunha</b>					
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.