

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☐**Celetista**☐**Estatutário**

R.G.:

CPF:

R.S./Matrícula:

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