



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

TERMO DE INSCRIÇÃO/CANCELAMENTO DE AGREGADO

Solicito a inscrição/cancelamento como agregado para fins de assistência médica-hospitalar, junto ao Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual-IAMSPE, de acordo com a Lei nº 11.125, de 11 de abril de 2002, alterada pela Lei nº 12.291, de 02 março de 2006, os abaixo indicados:

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

| | |
|---------------------------|--------------|
| RG: | RS: |
| NOME: | |
| CARGO/FUNÇÃO DENOMINAÇÃO: | |
| COD. UA: | DENOMINAÇÃO: |

| NOME | DATA DE NASCIMENTO | DOC. DE IDENTIFICAÇÃO | GRAU DE PARENTESCO | OBJETIVO | |
|------|--------------------|-----------------------|--------------------|----------|------|
| | | | | INSC | CANC |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

OBS.: A IDENTIFICAÇÃO DO AGREGADO PODERÁ SER MEDIANTE QUALQUER DOCUMENTO OFICIAL

RESPONSABILIZO-ME PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NO PRESENTE DOCUMENTO

DATA:

LOCAL:

ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

USO DO ÓRGÃO SETORIAL / SUBSETORIAL DE RH

FUNCIONÁRIO:

LOCAL:

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

O CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DO AGREGADO TEM CARÁTER IRREVERSÍVEL.

1ª VIA - ENCAMINHAR PARA O IAMSPE

2ª VIA - 2ª VIA PROTOCOLO DO INTERESSADO

3ª VIA - 3ª VIA- PRONTUÁRIO