

COMPLEMENTO DE INFORMAÇÕES PARA INSCRIÇÃO DE AGREGADOS JUNTO AO IAMSPE

(favor preencher com letra legível)

Nome do Servidor:				
Data de Nascimento:		CPF:		
DADOS DO PAI:	Nome:			
	RG:		CPF:	
Filiação do Pai	Pai:			
	Mãe:			
DADOS DA MÃE:	Nome:			
	RG:		CPF:	
Filiação da Mãe	Pai:			
	Mãe:			
DADOS DO PADRASTO:	Nome:			
	RG:		CPF:	
Filiação do Padrasto	Pai:			
	Mãe:			
DADOS DA MADRASTA:	Nome:			
	RG:		CPF:	
Filiação da Madrasta	Pai:			
	Mãe:			
Endereço:				Nº
Complemento:			Bairro:	
CEP:		Cidade:		
Telefones:				

____/____/20____

assinatura



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO

ENTIDADE: 021

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 11/04/2002 e alterações posteriores, inclusive as alterações fixadas pela Lei nº 17.293 de 15/10/2020, dos abaixo indicados

IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

R.G.:	Matrícula:
Nome:	
Cargo/Função:	
Código UA:	Denominação UA:

NOME	DATA DE NASCIMENTO	DOC. DE IDENTIFICAÇÃO	GRAU DE PARENTESCO	OBJETIVO INSC / CAN	

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

RESPONSABILIZO-ME PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NO PRESENTE DOCUMENTO

LOCAL:

DATA:

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

O CANCELAMENTO DA INSCRIÇÃO DO AGREGADO TEM CARÁTER IRREVERSÍVEL.

ENCAMINHAR PARA A SGP 1.2.1.2

APENAS POR E-MAIL: possecapitalr@tjsp.jus.br

ATENÇÃO:

São considerados agregados:

pai, mãe, padrasto ou madrastra.

LOUISE ARNS COUTINHO
SGP 1.2.1.2 - CHEFE DE SEÇÃO JUDICIÁRIO
ASSINADO DIGITALMENTE