



SECRETARIA DE GESTÃO PÚBLICA
Instituto de Assist. Médica ao Servidor Público Estadual
Av. Ibirapuera, 981 - CEP: 04029-000 - tel: 5088-8000 - São Paulo.



Pedido de Regularização de Débito

Nome do Interessado: _____

RG: _____ CPF: _____

Endereço Residencial: _____ Nº _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Cep: _____ Telefone: _____

Secretaria: _____

Repartição: _____

Cargo/Função: _____ RS(Registro no Sistema): _____

Endereço da Repartição: _____

Data do ingresso (exercício) no serviço público: ____/____/____ Referência faixa/nível atual: _____

Afastamento anterior: Sim Não Data do início do afastamento: ____/____/____

Quantos meses de afastamento: ____/____/____ Data da reassunção ou exoneração: ____/____/____

A presente documentação é válida por 90 dias

São Paulo, _____, _____, _____

Assinatura do Requerente

Importante

Este período de Regularização de Débito terá validade de um mês e deve ser acompanhado de uma Declaração da Repartição feita em papel timbrado, datada e assinada pelo Diretor de Recursos Humanos ou autoridade competente, com os respectivos carimbos, e com todos os dados funcionais do funcionários:

Nome do Interessado
RG
CPF
Endereço da Residência
Secretaria/Repartição
Cargo/Função
RS
Endereço da Repartição
Data do início no serviço público
Referência atual
Afastamento anterior
Quantos meses de afastamento
Data do início do afastamento
Data da reassunção ou exoneração

Além de informar:

- 3 (três) últimos vencimentos
- 3 (três) últimas contribuições do funcionário
- 3 (três) contribuições do agregado

Assinatura do funcionário da Seção