



## Comissão Consultiva Mista do IAMSPE

"Plenária das Entidades do Funcionalismo Público do Estado de São Paulo em defesa do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual"

---

Ao Senhor Presidente da CCM Estadual

**José Luiz Moreno Prado Leite**

Assunto: ( ) Carta de solicitação/Requerimento ( ) Relatório/Depoimento ( )  
Outros

---

Nº da Carteirinha IAMSPE: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Secretaria: \_\_\_\_\_

Ativo/Aposentado/Pensionista: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ do  
reivindicado \_\_\_\_\_

( ) Especialidade ( ) Problema de atendimento/Diagnóstico ( ) Dificuldade de  
marcação de consultas/exames/retornos ( ) Se houver registros na ouvidoria  
(telefonemas ou e-mail) citar e esclarecer ( ) Outros fatos

Obs: Se tiver algum comprovante referente a demora na marcação de consultas ou  
exames, anexar cópia junto ao depoimento \*(se enviar por e-mail, fotografe e anexe)

( ) Ocorrência de denúncia a MP\* (optando registrar também como uma denúncia  
referente ao IAMSPE, junto ao Ministério Público, estará ciente que a CCM realizará  
a coleta das informações e que, poderá ser escolhido para confirmações dos fatos  
expostos e sua veracidade.

Descrição do(s) objetivo (s) destacado(s): \*(No impresso, frente/verso se necessário)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Assin.Servidor/Pensionista contribuinte**

Recebido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pela CR/CM da CCM de

---

Despacho em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ para as devidas providências do Presidente da CCM Capital.

E-mail: [moreno250258@gmail.com](mailto:moreno250258@gmail.com)

\*avisar envio via whatsapp (11) 99530-2462

ESSE FORMULÁRIO SERÁ ENVIADO EM FORMATO PDF NOS GRUPOS.

