



CEFET/RJ – Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca
Diretoria de Administração e Planejamento - DIRAP
Departamento de Recursos Humanos - DRH

FORMULÁRIO DE ADESÃO AO AUXÍLIO DE SAÚDE SUPLEMENTAR DE CARÁTER INDENIZATÓRIO

Eu, _____, tenho ciência que para receber o auxílio saúde de caráter indenizatório devo ter e manter contrato diretamente com a empresa operadora do plano de saúde, fazendo-se necessário ainda formalizar processo individual, anexando a cópia do contrato onde constem os meus beneficiários, cópias dos cartões do plano, cópia das coberturas abrangidas pelo plano de saúde, boleto e comprovante(s) de pagamento, além do presente formulário de adesão.

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIDOR

Nome: _____

Cargo: _____ Mat. SIAPE: _____

Telefones para contato: _____

Lotação: _____

Plano de Saúde Contratado: _____

Rio de Janeiro, ____/____/201_

Assinatura do Servidor

A comprovação das despesas efetuadas pelo servidor deverá ser feita uma vez ao ano, **de janeiro até o último dia útil do mês de abril do ano subsequente** acompanhado de toda a documentação comprobatória necessária.