



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, 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

O referido auxílio será pago sempre no mês subsequente a apresentação de cópia do pagamento do boleto do plano de saúde, **desde que apresentada ao Departamento de Recursos Humanos ate o 05º (quinto) dia útil de cada mês.**