



**Governo do Estado do Rio de Janeiro
Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro
Diretoria-Geral de Pessoal Inativo e de Pensionistas**

FORMULÁRIO SOBRE DESCONTO PARA O FUNDO DE SAÚDE

Eu, _____,
(posto/grad) _____ BM, RG _____, CPF _____,
estando ciente da normatização legal para o desconto facultativo destinado ao Fundo de Saúde, prevista no Art. 48 da Lei Estadual nº 279/1979, com redação dada pela Lei Estadual nº 9.537/2021, assim como do que consta das Normas de Utilização do Sistema de Saúde do CBMERJ publicadas no Boletim da SEDEC/CBMERJ nº 117, de 28/06/2019, Nota GAB CMDO-GERAL 346/2019, de forma livre e consciente,
AUTORIZO a inclusão do desconto mensal em folha de pagamento, nos percentuais legais, para o Fundo de Saúde do CBMERJ, na condição de Titular, bem como referente aos dependentes abaixo relacionados:

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____

() Marcar na hipótese de não cadastramento de dependentes.

Rio de Janeiro, _____, de _____ de 20 ____.

Assinatura