



Govorno do Estado do Rio de Janeiro
Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro

Diretoria-Geral de Veteranos e de Pensionistas

TERMO DE ADESÃO AO FUNDO DE SAÚDE/CBMERJ

Eu, abaixo qualificado (a), venho requerer a minha inclusão e dos meus dependentes no SISTEMA DE SAÚDE DO CBMERJ, **autorizando** o desconto referente à parcela do Fundo de Saúde e estando ciente dos direitos e prerrogativas elencados na Portaria nº 838 de 12 de fevereiro de 2015.

NOME COMPLETO:	
ENDEREÇO	
NÚMERO DA IDENTIDADE	
ÓRGÃO EMISSOR:	
CPF:	
ID FUNCIONAL	
NOME DO SEGURADO	
RG. DO SEGURADO:	
NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES (SE HOVER):	

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.
