



Secretaria de Estado de Defesa Civil  
Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro  
Diretoria de Inativos e 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.

<b>NOME COMPLETO:</b>	
<b>ENDEREÇO:</b>	
<b>NÚMERO DA IDENTIDADE</b>	
<b>ÓRGÃO EXPEDIDOR</b>	
<b>CPF:</b>	
<b>ID FUNCIONAL</b>	
<b>NOME DO SEGURADO</b>	
<b>RG. DO SEGURADO:</b>	
<b>NOME COMPLETO DOS DEPENDENTES (SE HOVER):</b>	

Rio de Janeiro, de de 2023 .

---