**TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE SEGURO SAÚDE**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficiário de missão no exterior no âmbito do PrInt-UFRJ, declaro que estou ciente de que contratação do seguro-saúde referente à esta atividade é de minha inteira responsabilidade e, considerando que nenhum apoio adicional será concedido para o custeio de despesas médicas, hospitalares, odontológicas ou correlatas, abrangidas ou não pela cobertura do plano escolhido, também estou ciente de que o seguro saúde contratado deve assegurar a maior cobertura possível no exterior, devendo cobrir, obrigatoriamente, repatriação funerária e acompanhamento, no exterior, de pelo menos um familiar em caso de ocorrências graves. Informo, ainda, que a missão será realizada em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Instituição e país), viajando dia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e retornando em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome do beneficiário

Cargo

Número do SIAPE

PPG

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome da testemunha

Cargo

Número do SIAPE

PPG