**TERMO DE RESPONSABILIDADE SOBRE SEGURO-SAÚDE**

**(Projetos de pesquisa no âmbito internacional)**

Eu,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, beneficiário(a) de missão no exterior no âmbito do PrInt-UFRJ e vinculado(a) ao projeto de pesquisa em cooperação internacional intitulado **"XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX"**, declaro que estou ciente de que a contratação do seguro-saúde referente a 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, incluindo, 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