



FICHA DE ADEÇÃO – UFRN E IFRN

TITULAR

Titular: _____ Código: _____
 Conveniada: _____ CPF: _____ RG: _____
 Data de nasc.: ____/____/____ Estado civil: _____ Sexo: _____
 Nome da mãe: _____
 Nome do pai: _____
 Cor/raça: _____ Cartão Nacional de Saúde: _____
 Endereço: _____
 Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
 Tel. Resid.: _____ Tel. Celular: _____ Tel. Trab.: _____
 E-mail: _____

**Por favor, evitar e-mails institucionais (ufrn.net e ifrn.edu.br)*

Departamento: _____ Matrícula SIAPE: _____
 Cargo: Professor Professor substituto Técnico-Administrativo Aposentado
 Pensionista Outros: _____

Plano: Enfermaria Apartamento Odontologia: Sim Não
 Co-participativo: Sim Não Data início da cobrança: ____/____/____
 Forma de pagamento: Desconto em folha

DEPENDENTE

Nome: _____
 Grau de parentesco: _____ CPF: _____ RG: _____
 Data de nasc.: ____/____/____ Estado civil: _____ Sexo: _____
 Nome da mãe: _____
 Cor/raça: _____ Cartão Nacional de Saúde _____
 Forma de pagamento: Desconto em folha

Nome: _____
 Grau de parentesco: _____ CPF: _____ RG: _____
 Data de nasc.: ____/____/____ Estado civil: _____ Sexo: _____
 Nome da mãe: _____
 Cor/raça: _____ Cartão Nacional de Saúde _____
 Forma de pagamento: Desconto em folha



Nome: _____
Grau de parentesco: _____ CPF: _____ RG: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Estado civil: _____ Sexo: _____
Nome da mãe: _____
Cor/raça: _____ Cartão Nacional de Saúde _____
Forma de pagamento: Desconto em folha

Pelo presente termo de responsabilidade declaro para todos os fins legais que:

- Comprometo-me comunicar à UFRN qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes inscritos no plano **escolhido**, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento;
- Tenho conhecimento dos prazos de carência estabelecidos nas normas vigentes na Portaria Normativa nº 01/2007, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência e isenções previstas;
- Comprometo-me a manter sempre meu endereço atualizado;
- Declaro para os devidos fins de direito que o(s) beneficiário (s) relacionado (s) no anverso não se encontra(m), nesta data, internado(s) em qualquer hospital ou clínica médica para tratamento de saúde;
- Declaro de ter ciência de que se deixar de pagar as mensalidades por 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, serei automaticamente desligado da CAURN, conforme previsto na legislação;
- Autorizo o desconto em folha de pagamento, e caso não haja margem consignável poderá ser cobrado da seguinte forma: boleto bancário ou débito em conta corrente.

Prazos de carência:

Urgência e emergência: 24h	Exames de Alta Complexidade: 06 meses (180 dias)
Consultas e Procedimentos simples: 02 meses (60 dias)	Parto a termo: 10 meses (300 dias)
Exames de Média Complexidade: 04 meses (120 dias)	Doenças pré-existentes: 6 meses (180 dias)

Data da solicitação: ____/____/____

Assinatura do titular