

FICHA DE ADEÇÃO – AGREGADOS

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: _____

Departamento: _____ Matrícula: _____
Cargo: _____

Plano: Enfermaria Apartamento Odontologia: Sim Não
Co-participativo: Sim Não Data início da cobrança: ____/____/____
Forma de pagamento: Desconto em folha Boleto bancário
Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Operação _____

AGREGADOS

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 Boleto bancário
Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Operação _____

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 Boleto bancário Data de início da cobrança ____/____/____
Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Operação _____

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 Boleto bancário Data de início da cobrança ____/____/____
Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____ Operação _____

Pelo presente termo de responsabilidade declaro para todos os fins legais que estou ciente dos seguintes artigos do Estatuto e Regulamentos da CAURN:

Art. 27. São deveres do associado:

c) Recolher diretamente as contribuições que forem fixadas e devidas à Instituição ou autorizar desconto em folha;

g) Responder diretamente pelas contribuições devidas à Instituição relativas aos seus dependentes e parentes indicados;

Art. 29 - Cabe ao Titular comunicar à CAURN, de imediato, qualquer alteração que implique em atualização de dados cadastrais próprios ou de Dependentes e Agregados por ele indicados, bem como outras ocorrências que determinem a perda da condição de beneficiário.

Art. 53a. A exclusão dos associados desta Caixa se dará pelos motivos abaixo elencados:

b) Falta de pagamento das contribuições mensais e/ou taxas à Caixa pelo prazo de sessenta dias corridos ou interpolados no período de 12 meses;

Art. 90 - Havendo necessidade de reajuste na tabela de mensalidade do plano, para preservação do equilíbrio atuarial do Plano, esse será feito de forma anual, conforme planilha de custos e proposta de tabela de valores aprovada pela Assembleia Geral da CAURN, quando deverá ser enviada a respectiva atualização de Nota Técnica de Registro de Produto à ANS.

Prazos de carência:

Urgência e emergência: 24h

Consultas e Procedimentos simples: 02 meses
(60 dias)

Exames de Média Complexidade: 04 meses
(120 dias)

Exames de Alta Complexidade: 06 meses (180 dias)

Parto a termo: 10 meses (300 dias)

Doenças pré-existentes: 6 meses (180 dias)

Data da solicitação: ____/____/____

Assinatura do titular