

**TERMO DE CIÊNCIA DO DIREITO DE PERMANÊNCIA**  
**DESLIGAMENTO / DEMISSÃO / EXONERAÇÃO**

TITULAR: \_\_\_\_\_ CODIGO: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CARTEIRA DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
INSTITUIÇÃO: (\_\_\_\_) UFRN (\_\_\_\_) IFRN (\_\_\_\_) CONVENIADA \_\_\_\_\_  
DATA DO DESLIGAMENTO/DEMISSÃO/EXONERAÇÃO: \_\_\_\_\_

DECLARO para os devidos fins que do meu interesse em usufruir do direito de permanecer com a assistência médica da CAURN, nos termos e limites dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998 e da Resolução Normativa – RN ANS Nº 279, de 24 de Novembro de 2011 e suas atualizações, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

DECLARO estar ciente de que ao optar pela continuidade do plano:

1. Somente terei direito à permanência na CAURN se tiver comprovadamente contribuído no pagamento do meu próprio plano, durante o período que mantive o vínculo empregatício;
2. Tenho até 30 (trinta) dias da assinatura deste Termo para optar pela continuidade no plano na condição de inativo, e uma vez expirado este prazo perderei o direito garantido;
3. O período de permanência no plano de inativos será de:
  - 3.1. Em caso de DESLIGAMENTO POR DEMISSÃO OU EXONERAÇÃO DO TITULAR - um terço do tempo de contribuição ao meu plano, ou sucessor, sendo no mínimo 06 meses e no máximo 24 meses;
  - 3.2. Em caso de DESLIGAMENTO POR APOSENTADORIA DO TITULAR:
    - 3.2.1. Com contribuição pelo beneficiário/aposentado prazo mínimo de dez anos - permanência por período ininterrupto ou enquanto vigente o contrato firmado entre a CONVENIADA e a ex-empregadora;
    - 3.2.2. Com contribuição pelo beneficiário/aposentado por período inferior a dez anos - manutenção à razão de um ano para cada ano de contribuição.

**Sede UFRN**

Av. Sen. Salgado Filho nº 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800

4. O benefício cessará quando houver a minha admissão em novo emprego que possibilite o meu ingresso em um plano de assistência à saúde coletivo ou de autogestão;
5. Assumirei a responsabilidade pelo pagamento integral da minha mensalidade e a de meus dependentes junto à CAURN, por meio de débito em conta ou boleto bancário digital;
6. Se eu não receber a fatura/boleto até cinco dias antes do respectivo vencimento, deverei providenciar sua geração via site ou aplicativo, ou solicitá-la diretamente na CAURN;
  - 6.1. O vencimento da contribuição mensal ocorre no dia 5 (cinco) de cada mês, que corresponde à contribuição do mês em curso;
  - 6.2. Fico ciente, que os boletos/faturas são enviados exclusivamente no formato de Boleto Digital.
7. A imp pontualidade no pagamento das mensalidades ensejará juros de mora na razão de 0,033% (zero vírgula zero trinta e três por cento) calculados diariamente mais multa de 2% (dois por cento) após o vencimento;
8. A inadimplência superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência contratual, poderá provocar a suspensão do atendimento e/ou minha exclusão definitiva e do meu grupo familiar do plano, que será previamente notificada até o quinquagésimo dia de inadimplência, sem prejuízo do direito da CAURN de requerer judicialmente a quitação dos débitos, com as consequências da mora, e a devida inscrição nos cadastros de proteção ao crédito;
9. Todos os valores devidos por parcelas das mensalidades, das coparticipações, ou quaisquer outras despesas decorrentes do plano são de minha inteira responsabilidade e constituem dívida líquida e certa, passível de execução, mesmo após a minha exclusão do plano e do meu grupo familiar.

Após ter tomado conhecimento de todos os direitos e deveres inerentes à permanência no plano na condição de inativo, e por ser a livre expressão de minha vontade, OPTO pela continuidade no plano na condição de inativo, para mim e para os meus dependentes inscritos no plano, conforme abaixo elencado:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Nos termos dos arts. 11 e 12 da Resolução da ANS nº 279/2011, a Movimentação de Beneficiário Com Vínculo Empregatício apenas será aceita, se devidamente preenchida e, em caso de demissão/exoneração sem justa causa ou aposentadoria, acompanhada dos seguintes documentos:

- ✓ Termo de ciência do direito de permanência no plano;
- ✓ Cópia da rescisão contratual;
- ✓ Comprovante de endereço;
- ✓ Cópia do RG e CPF de todos os beneficiários.

No caso de aposentadoria, também deverá ser anexada a cópia da documentação que comprove este processo.

Natal, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular

\_\_\_\_\_  
CAURN

**Sede UFRN**  
Av. Sen. Salgado Filho nº 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800