

## FICHA DE ADESÃO CAURN FLEX – ENTIDADES

### TITULAR

CAURN Flex:  Enfermaria (485.991/20-0)  Apartamento (485.992/20-8)

Odontologia:  Sim  Não

Data início da cobrança:  Forma de pagamento:  Desconto em folha

Titular:  Código:

Conveniada:  CPF:  RG:

Data de nasc.:  Estado civil:  Sexo:

Nome da mãe:

Nome do pai:

Cartão Nacional de Saúde:

Endereço:

Complemento:  Bairro:

Cidade:  UF:  CEP:

Tel. Resid.:  Tel. Celular:  Tel. Trab.:

E-mail:

Departamento:  Matrícula

Cargo:

### DEPENDENTE

CAURN Flex:  Enfermaria (485.991/20-0)  Apartamento (485.992/20-8)

Odontologia:  Sim  Não

Data do início da cobrança:

Nome:

Grau de parentesco:  CPF:  RG:

Data de nasc.:  Estado civil:  Sexo:

Nome da mãe:

### Sede UFRN

Av. Sen. Salgado Filho n° 3.000  
Centro de Convivência UFRN, Sala 20  
Lagoa Nova – CEP 59078-900 – Natal/RN  
Telefone: (84) 3311.3665  
Casa CAURN: (84) 2226.6800

Cartão Nacional de Saúde:

Forma de pagamento:  Desconto em folha  Boleto bancário  Débito em conta

Banco:  Agência:  Conta  Operação

**CAURN Flex:**  Enfermaria (485.991/20-0)  Apartamento (485.992/20-8)

Odontologia:  Sim  Não **Data do início da cobrança:**

Nome:

Grau de parentesco:  CPF:  RG:

Data de nasc.:  Estado civil:  Sexo:

Nome da mãe:

Cartão Nacional de Saúde:

Forma de pagamento:  Desconto em folha  Boleto Bancário  Débito em conta

Banco:  Agência:  Conta:  Operação

**CAURN Flex:**  Enfermaria (485.991/20-0)  Apartamento (485.992/20-8)

Odontologia:  Sim  Não **Data do início da cobrança:**

Nome:

Grau de parentesco:  CPF:  RG:

Data de nasc.:  Estado civil:  Sexo:

Nome da mãe:

Cartão Nacional de Saúde:

Forma de pagamento:  Desconto em folha  Boleto Bancário  Débito em conta

Banco:  Agência:  Conta:  Operação:

Pelo presente termo de responsabilidade declaro para todos os fins legais que estou ciente de todas as Cláusulas do Estatuto e Regulamentos da CAURN, bem como, os itens descritos a baixo:

- Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial
- Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Municípios
- Área de Atuação: Caicó, Currais Novos, Parnamirim, Mossoró, Natal e Santa Cruz.
- Padrão de Acomodação em Internação: Individual
- Formação do Preço: Pré-estabelecido

**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

- A inscrição dos Beneficiários Dependentes e Agregados fica condicionada à participação do Titular
- É dever do Beneficiário Titular manter atualizadas suas informações cadastrais de seus Dependentes e Agregados perante a CAURN
- O prazo de carência será contado a partir da data de vigência da inscrição do Beneficiário no PLANO, que será a data do primeiro pagamento da mensalidade.
- 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)
- Além da contribuição mensal devida, será cobrada a coparticipação quando da utilização pelos beneficiários dos procedimentos cobertos por este instrumento, conforme descrito a seguir:

Consultas Eletivas	R\$ 18,00
Consultas no Pronto Atendimento	R\$ 37,00
Exames I	R\$ 6,00
Exames II	R\$ 37,00
Exames III	R\$ 74,00
Fisioterapia - Sessão	R\$ 6,00
Demais terapias - Sessão	R\$ 18,00
Outros atendimentos Ambulatoriais	R\$ 55,00
Internação Enfermaria	R\$ 93,00
Internação Apartamento	R\$ 186,00

- Os valores devidos ao PLANO (contribuições mensais e/ou coparticipações) pelo Beneficiário Titular e seus Dependentes, serão descontados, prioritariamente, em folha de pagamento e, excepcionalmente, através de autorização de desconto em conta corrente ou por meio de boleto bancário.
  - O desconto em folha de pagamento e em conta corrente se dará sempre até o primeiro dia útil após o recebimento do salário.
  - A contribuição mensal deverá ser paga por meio de boleto bancário até o dia 5 (cinco) de cada mês e corresponde à contribuição do mês em curso.
  - Na hipótese do Beneficiário optante por desconto em folha de pagamento, que, por qualquer motivo, não tenha sofrido o desconto dos valores devidos ao PLANO em folha, será enviado um boleto bancário para seu pagamento.

## 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

- Os repasses e as contribuições em atraso terão seus valores corrigidos até a data da efetiva quitação do débito, mediante aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, além de multa de 2% (dois por cento), conforme legislação em vigor.
- Os valores das contribuições mensais dos titulares e seus dependentes e agregados, bem como os valores devidos a título de coparticipação serão reajustados, anualmente, após aprovação do Conselho Diretor da CAURN.

- Autorizo o envio de comunicados eletrônicos\* via e-mail e SMS.  Sim  Não

\*Informamos que comunicados financeiros são obrigatórios de acordo com a legislação vigente.

- Autorizo adesão ao serviço do Boleto Digital.  Sim  Não

- Autorizo a realização de tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, nos termos da lei federal 13.709 de 14 de agosto de 2018 (Lei geral de proteção de dados), para a realização de atos necessários a prestação dos serviços contratados pela Caixa Assistencial Universitária do Rio Grande do Norte - CAURN.  Sim  Não

Data da entrega da ficha de adesão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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