

TERMO DE ADESÃO AUXÍLIO SAÚDE - IFRN

TITULAR:	
CPF:	
RG:	CNS:
DATA DE NASCIMENTO:	
SEXO:	
ESTADO CIVIL:	
MATRÍCULA SIAPE:	
TIPO DO PLANO:	
NOME DA MÃE:	
NOME DO PAI:	
ENDEREÇO:	
BAIRRO:	CEP:
TEL.:	CELULAR:
DEPENDENTES/PARENTESCO:	

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

- Comprometo-me a comunicar à IFRN qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes inscritos no plano Enfermaria + Plano Odontológico, 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 períodos de carência estabelecidos nas normas vigentes na Portaria Normativa nº01/2007, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência e isenções previstas;
- Comprometo-me a manter o meu endereço sempre 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 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: débito em conta bancária e/ou boleto;

ASSINATURA DO TITULAR

AUTORIZADOR - IFRN

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DA CAURN

Natal, / /