

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 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

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\$ 15,00
Consultas no Pronto Atendimento	R\$ 30,00
Exames I	R\$ 5,00
Exames II	R\$ 30,00
Exames III	R\$ 60,00
Fisioterapia - Sessão	R\$ 5,00
Demais terapias - Sessão	R\$ 15,00
Outros atendimentos Ambulatoriais	R\$ 45,00
Internação Enfermaria	R\$ 75,00
Internação Apartamento	R\$ 150,00

- 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