

FICHA DE ADESÃO CAURN FLEX – PENSIONISTA

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:

Cor/raça: 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 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

- 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 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

- 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

Data da entrega da ficha de adesão: ____/____/____

Assinatura do titular

CAURN

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