

SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PLANO - UFRN/IFRN – CAURN FLEX

Titular: _____ Código: _____

Autorizo a MUDANÇA DO PLANO: _____ para o

plano: CAURN Flex: Enfermaria (485.987/20-1) Apartamento (485.988/20-0)

Odontologia: Sim Não. A partir do mês de: _____

DEPENDENTES

Beneficiário: _____ CPF: _____

Novo plano: CAURN Flex: Enfermaria (485.987/20-1) Apartamento (485.988/20-0)

Odontologia: Sim Não. A partir do mês de: _____

Beneficiário: _____ CPF: _____

Novo plano: CAURN Flex: Enfermaria (485.987/20-1) Apartamento (485.988/20-0)

Odontologia: Sim Não. A partir do mês de: _____

AGREGADOS

Beneficiário: _____ CPF: _____

Novo plano: CAURN Flex: Enfermaria (485.989/20-8) Apartamento (485.990/20-1)

Odontologia: Sim Não. A partir do mês de: _____

Beneficiário: _____ CPF: _____

Novo plano: CAURN Flex: Enfermaria (485.989/20-8) Apartamento (485.990/20-1)

Odontologia: Sim Não. A partir do mês de: _____

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

Beneficiário: _____ CPF: _____

Novo plano: CAURN Flex: Enfermaria (485.989/20-8) Apartamento (485.990/20-1)

Odontologia: Sim Não. A partir do mês de: _____

Data da solicitação: ____/____/____

Obs.: _____

ATENÇÃO

- Para mudança de acomodação enfermaria para acomodação apartamento será necessário cumprir carência de 06 (seis) meses. Caso necessário, associado ficará em acomodação enfermaria.
- Para inclusão de odontologia para menores de 18 anos é necessário ter um maior com aditivo para ser incluído no plano odontológico.

Assinatura do Titular

Assinatura 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