

## SOLICITAÇÃO DE MUDANÇA DE PLANO ENTIDADES – CAURN FLEX

Titular: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Autorizo a mudança do plano: \_\_\_\_\_ para o

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

Odontologia:  Sim  Não A partir do mês de: \_\_\_\_\_

### DEPENDENTES

Beneficiário: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

Odontologia:  Sim  Não. A partir do mês de: \_\_\_\_\_

Beneficiário: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

Odontologia:  Sim  Não. A partir do mês de: \_\_\_\_\_

### AGREGADOS

Beneficiário: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Novo plano: CAURN Flex:  Enfermaria (485.994/20-4)  Apartamento (485.993/20-6)

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 (485.994/20-4)  Apartamento (485.993/20-6)

Odontologia:  Sim  Não. A partir do mês de: \_\_\_\_\_

Beneficiário: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Novo plano: CAURN Flex:  Enfermaria (485.994/20-4)  Apartamento (485.993/20-6)

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 da 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

