

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 a mudança de plano Enfermaria para Apartamento terá o cumprimento de carência por 06 (seis) meses para leito hospitalar em apartamento. Caso necessário, ficará em leito enfermaria durante esse período de carência.

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