

FICHA DE ADESÃO – CAURN FLEX

EBSERH – AGREGADOS

CAURN Flex: () Enfermaria (nº 485.994/20-4) () Apartamento (485.993/20-6)

Odontologia: () SIM () NÃO

Adesão por Portabilidade: () SIM () NÃO

Plano anterior: _____

DADOS DO TITULAR

Nome completo: _____

CPF: _____ Código da carteira: _____

DADOS DO AGREGADO

Nome completo: _____

Grau de parentesco: _____

Data de Nascimento: ___/___/____ Sexo: _____ CPF: _____

RG: _____ Órgão expeditor: _____ Data de emissão: ___/___/____

Nome completo da mãe: _____

Nome completo do pai: _____

Estado civil: _____

Telefone residencial: _____ Telefone celular: _____

Número do Cartão Nacional de Saúde: _____

E-mail: _____

Forma de pagamento: () Débito em conta () boleto bancário

Dados bancários: () Banco do Brasil () Caixa Econômica Federal () SICOOB

Agência: _____ Conta: _____ Op: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço: _____

Nº: _____ CEP: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____



TERMO DE CIÊNCIA

Pelo presente termo, declaro, para todos os fins legais, estar ciente de todas as cláusulas do Estatuto e Regulamentos da CAURN, bem como dos itens descritos abaixo, relativos à minha inscrição como AGREGADO em plano de saúde conveniado com a EBSEH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares:

1. Dados do plano

- **Tipo de Contratação:** Coletivo Empresarial por adesão (Convênio SEI nº 1/2025).
- **Planos disponíveis (registro ANS):**
 - CAURN Entidades Flex Agregado Enfermaria – nº 485.994/20-4
 - CAURN Entidades Flex Agregado Apartamento – nº 485.993/20-6.
- **Área de Abrangência Geográfica:** Grupo de Municípios do Estado do Rio Grande do Norte, conforme regulamento.
- **Padrão de Acomodação em Internação:** Enfermaria (coletiva) ou Apartamento, de acordo com o plano escolhido.
- **Formação do Preço:** Pré-estabelecido.
- **Cobertura:** Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento.
- **Tipo de Plano:** Coparticipativo.

2. Condição de Inscrição

- Minha inscrição como agregado depende da adesão do titular do plano (empregado ativo, aposentado ou pensionista da EBSEH).
- Podem ser agregados: filhos(as) que perderam a condição de dependente, netos(as), ex-cônjuges/companheiros(as) do titular (quando determinado judicialmente), cônjuge/companheiro(a) de filhos/enteados, enteados(as) de filhos do titular, e filhos(as) de enteados.

3. Custos e Contribuições

- O custeio é integralmente do agregado, sem qualquer subsídio da EBSEH.
- As mensalidades seguem a tabela vigente aprovada pela CAURN.
- O pagamento é realizado diretamente à CAURN, via boleto bancário ou débito em conta.
- O não pagamento por 2 (dois) meses consecutivos restringirá a cobertura às situações de urgência e emergência, podendo ensejar exclusão.

4. Carências

- Urgência e emergência: 24h
- Consultas e procedimentos simples: 60 dias
- Exames de média complexidade: 120 dias
- Exames de alta complexidade e doenças preexistentes: 180 dias
- Parto a termo: 300 dias



5. Reajustes

As mensalidades serão reajustadas por faixa etária e por variação de custos médico-hospitalares, mediante aprovação do Conselho de Administração da CAURN, conforme Estatuto Social.

6. Regras de Permanência

- A permanência do agregado está condicionada à adesão e vigência do plano do titular.
- Em caso de falecimento ou desligamento do titular, o agregado poderá permanecer na CAURN, desde que assuma integralmente o custeio e realize nova adesão no prazo de até 30 dias.

7. Outras Disposições

- A CAURN garante atendimento de urgência e emergência em todo o território nacional, conforme regulamento.
- A Assembleia Geral da CAURN é a instância máxima deliberativa.
- A CAURN realiza envio de comunicados em formato eletrônico.
- Os direitos e deveres dos associados estão disponíveis no Estatuto Social, Regulamentos e Resoluções da CAURN, acessíveis no site da entidade.
- Os dados pessoais fornecidos serão tratados em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018 – LGPD).

Declaro estar ciente das condições acima e das regras do Convênio SEI nº 1/2025 celebrado entre a EBSERH e a CAURN

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

Assinatura do titular

Assinatura do Agregado

CAURN

