

FICHA DE ADESÃO – CAURN FLEXEBSERH – **DEPENDENTES**

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

Odontologia: () SIM () NÃO

Adesão por Portabilidade: () SIM () NÃO

Plano anterior: _____

DADOS DO TITULAR

Nome completo: _____

CPF: _____ Código da carteira: _____

DADOS DO DEPENDENTE

Nome completo: _____

Grau de parentesco: _____

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

RG: _____ Órgão expedidor: _____ 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: (X) mesma do titular

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 **DEPENDENTE** em plano de saúde conveniado com a **EBSERH – 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 Enfermaria – nº 485.991/20-0;
 - CAURN Entidades Flex Apartamento – nº 485.992/20-8;
- **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 dependente está condicionada à participação do **titular** do plano (empregado ativo, aposentado ou pensionista da EBSERH).
- Podem ser dependentes: cônjuge ou companheiro(a), filhos(as) e enteados(as) até 21 anos; filhos(as) e enteados(as) até 24 anos se estudantes e dependentes economicamente; filhos(as) incapazes enquanto durar a incapacidade; menor sob guarda judicial; ex-cônjuge/companheiro(a) com pensão alimentícia reconhecida judicialmente.

3. Custos e Contribuições

- A contribuição mensal e as coparticipações seguirão 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

- Em caso de falecimento ou desligamento do titular, os dependentes poderão permanecer na CAURN, desde que assumam integralmente o custeio e façam nova adesão no prazo de até 30 dias.
- É assegurada a inscrição de filho recém-nascido (natural ou adotivo) sem carência, desde que a adesão seja feita em até 30 dias do nascimento ou adoção.

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

CAURN





Sede UFRN
Centro de Convivência da UFRN
Telefone: 84 3311.3665

Casa CAURN
Rua Cel. Luciano Salimã, 2920 - Capim Macio
Telefone: 84 2226.6800

APS CAURN
Av. Odilon Gomes de Lima, 2061 - Capim Macio
Telefone: 84 3311.3690

ANS: 31425-1