



SOLICITAÇÃO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE

Solicito minha adesão ao plano de Assistência à saúde suplementar firmado entre a Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Caixa Assistencial Universitária do Rio Grande do Norte.

IDENTIFICAÇÃO DO TITULAR

Nome: _____ **Matrícula Siape:** _____
Estado Civil: _____ **Data de Nasc.:** _____
Nome da Mãe: _____
CPF: _____ **Sexo:** _____ **RG n°:** _____
Órgão Exp.: _____ **Emissão:** _____
Situação: _____
Banco: _____
Agência: _____ **N° C/C:** _____

ENDEREÇO

Logradouro: _____
Bairro: _____ **Cidade:** _____ **UF:** _____ **CEP:** _____
Tel. Resid.: _____ **Tel. Comercial:** _____ **Tel. Celular:** _____
E-mail: _____

DEPENDENTES

Nome: BEATRICE DE FATIMA NOBREGA DANTAS **Vínculo:** FILHO(A)
CPF: _____ **Nome da Mãe:** ADEILZA DE FATIMA NOBREGA DANTAS
Sexo: Feminino **Data de Nasc.:** 04/04/1990 **Data de Inscrição:** 17/08/2005

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade, declaro para todos os fins legais, que:

- Comprometo-me a comunicar à UFRN qualquer evento que implique em perda do meu direito e/ou de meus dependentes inscritos no plano _____, entre eles, casamento, morte, ser beneficiário de outro plano de saúde mantido com recursos do Governo Federal ou qualquer outra situação, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do evento;
- Tenho conhecimento dos períodos de carência estabelecidos nas normas vigentes na Portaria Normativa n°01/2007, sendo que, durante esse período, somente serão autorizados atendimentos de urgência e emergência e isenções previstas;

- Comprometo-me a manter o meu endereço sempre atualizado;
- Declaro para os devidos fins de direito que o(s) beneficiário(s) relacionado(s) no anverso não se encontra(m), nesta data, internado(s) em qualquer hospital ou clínica médica, para tratamento de saúde;
- Declaro ter ciência de que se deixar de pagar as mensalidades por **60 (sessenta) dias consecutivos ou não**, serei automaticamente desligado da CAURN, conforme previsto na legislação;
- Autorizo o desconto em folha de pagamento, e caso não haja margem consignável, poderá ser cobrado da seguinte forma: débito em conta bancária e/ou boleto;

_____ DD/MM/AAAA _____

Local

Assinatura do Titular

UFRN (PATROCINADORA)

Autorizamos a inscrição do servidor/empregado e dos dependentes informados nesse documento.

_____/_____/_____
Data

AUTORIZADOR	
	350832
Nome do autorizador Assinatura e Carimbo	Matrícula

CAURN(CAIXA ASSISTENCIAL UNIVERSITÁRIA DO RIO GRANDE DO NORTE)

Validada a adesão do titular e os seus dependentes acima relacionados.

_____/_____/_____
Data

_____ Assinatura do responsável da CAURN c/ carimbo