



## 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

<b>AUTORIZADOR</b>	
	350832
Nome do autorizador Assinatura e Carimbo	<b>Matrícula</b>

**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