

**FICHA DE ADESÃO – CAURN FLEX**

ENTIDADES - TITULAR

Conveniada: \_\_\_\_\_

CAURN Flex: ( ) Enfermaria (485.987/20-1) ( ) Apartamento (485.988/20-0)

Odontologia: ( ) SIM ( ) NÃO

Adesão por Portabilidade: ( ) SIM ( ) NÃO

Plano anterior: \_\_\_\_\_

**DADOS DO TITULAR**

Nome completo: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Endereço: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**DADOS BANCÁRIOS**

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_

Conta: \_\_\_\_\_ Operação: \_\_\_\_\_



## TERMO DE CIÊNCIA

Pelo presente termo de responsabilidade declaro para todos os fins legais que estou ciente de todas as Cláusulas do Estatuto e Regulamentos da CAURN, bem como, os itens descritos abaixo:

- Tipo de Contratação: Coletivo Empresarial;
- Área Geográfica de Abrangência: Grupo de Municípios;
- Área de Atuação: Caicó, Currais Novos, Parnamirim, Mossoró, Natal e Santa Cruz;
- Padrão de Acomodação em Internação: Individual ou Coletiva;
- Formação do Preço: Pré-estabelecido;
- Cobertura: Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- Tipo de plano: coparticipativo;
- A inscrição dos Beneficiários Dependentes e Agregados fica condicionada à participação do Titular;
- É dever do Beneficiário, seja ele Titular, Dependente ou Agregado manter atualizadas suas informações cadastrais perante a CAURN;
- O prazo de carência será contado a partir da data de vigência da inscrição do Beneficiário no PLANO, que será a data do primeiro pagamento da mensalidade.
- Os prazos de carência estão estabelecidos nas norma vigentes na Portaria Normativa nº 01/2007 e nos regulamentos dos planos CAURN;
- As contribuições mensais e/ou coparticipações serão descontados, prioritariamente, em folha de pagamento e, excepcionalmente, através de autorização de desconto em conta corrente ou por meio de boleto bancário.
- O atraso no pagamento, de qualquer contribuição mensal, por 60 dias consecutivos, implicará na exclusão do beneficiário. Em caso de ser titular do plano, todo o grupo familiar será excluído, sendo seu retorno concedido após pagamento do débito;
- Os boletos são enviados exclusivamente no formato de Boleto Digital;
- Os reajustes da mensalidade ocorrem por mudança de faixa etária e por variação de custo (reajuste anual);
- Os valores das contribuições mensais dos titulares e seus dependentes e agregados, bem como os valores devidos a título de coparticipação serão reajustados, anualmente, após aprovação do Conselho de Administração da CAURN, de acordo com artigo 23, inciso 18 do Estatuto Social da CAURN;
- Após o falecimento do associado titular, ou se o mesmo perder o vínculo com a instituição, o grupo familiar poderá permanecer na CAURN por tempo indeterminado, sendo cada um responsável pelo seu plano. Para essas situações é preciso realizar nova adesão;
- No caso de pensionista, o mesmo poderá permanecer como titular, sem a possibilidade de entrada de novos integrantes. Para essas situações é preciso realizar nova adesão;
- É assegurada a inscrição do filho recém-nascido, filho natural ou adotivo, sem carência, desde que a adesão seja feita no prazo máximo de até 30 dias do nascimento ou adoção;



- Os direitos e deveres dos associados estão disponíveis no Estatuto Social da CAURN, bem como no Regulamento e Resoluções do plano contratado. Os documentos estão disponíveis para consulta no site da CAURN.

- A CAURN é administrada pelo Conselho de Administração (CONAD), que é o órgão deliberativo, e por uma Diretoria Executiva;

- A Assembleia Geral é a instância máxima deliberativa;

- Autorizo o envio de comunicados eletrônicos\* via e-mail e SMS. ( ) Sim ( ) Não

*\*Informamos que os comunicados financeiros são obrigatórios de acordo com a legislação vigente.*

- Autorizo a realização de tratamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, nos termos da lei federal 13.709 de 14 de agosto de 2018 (Lei geral de proteção de dados), para a realização de atos necessários à prestação dos serviços contratados pela Caixa Assistencial Universitária do Rio Grande do Norte - CAURN. ( ) Sim ( ) Não

Data da entrega da ficha de adesão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura do titular**

---

**CAURN**



## CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Transcrição (na íntegra) do anexo à RN 162/2007 da Agência Nacional de Saúde (ANS).

### Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público, vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

### O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção. Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

### AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.



**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes à doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!**

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_ Data

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Nome completo: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Tipo sanguíneo: \_\_\_\_\_

**RESPONDA AS QUESTÕES ABAIXO, MARCANDO SIM OU NÃO, CONFORME O CASO:**

01 - Sofre de alguma doença de veia e/ou artéria como varizes, aneurismas, trombozes, má circulação, ou outra?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
02 - Sofre de alguma doença do aparelho cardiocirculatório como angina, pressão alta, infarto, arritmias, cirurgias cardíacas anteriores, doenças cardíacas congênitas, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
03 - Sofre de doenças congênitas ou metabólicas como diabetes, hipertireoidismo, obesidade, obesidade mórbida, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
04 - Sofre de doenças do aparelho digestivo como cálculo biliar, doenças do fígado, doenças de intestino, hemorróidas, fístulas, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
05 - Sofre de hérnia de todos os tipos como inguinais, umbilicais, incisionais, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
06 - Sofre de doenças do sangue ou imunológicas como anemias, púrpuras, talassemias, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
07 - Sofre de doenças do aparelho gênito- urinário como cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, bexiga, uretra, transplantados, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
08 - Sofre de doenças do sistema nervoso e cérebros vasculares como derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
09 - Sofre de alguma doença de ouvido, nariz e garganta como diminuição de audição, desvio de septo, sinusites, amigdalites, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
10 - Sofre de alguma doença crônica do aparelho respiratório como asma, bronquite, efisema, pneumonia de repetição, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
11 - Sofre de alguma doença ortopédica como artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas, lesão ligamentar, desvios de coluna, osteoporose, lesão de tendão, deformidades ósseas congênitas, fraturas de repetição, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:



12 - Sofre de alguma doença ginecológica e de mama como mioma, períneo, cisto de ovário, endometriose, cistos e nódulos mamários, entre outras, ou está em gestação?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
13 - Sofre de alguma doença relacionada ao HIV como Aids e suas complicações, infecciosas e degenerativas?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
14 - Sofre de doenças ou tumorações benignas ou malignas como leucemia, mieloma múltiplo, carcinomas, melanomas, linfomas e todos os tipos de cânceres?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
15 - É portador de doenças dos órgãos genitais masculinos com próstata, hidrocele fimose criptorquidia, para- fimose, impotência, doença de peroni, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
16 - Sofre de doenças oftalmológicas e alterações de refração como catarata, miopia, astigmatismo, hipermetropia, uso de lentes corretivas, entre outras?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
17 - É portador de doenças e transtornos mentais e psiquiátricos como psicose maníaco depressivo, depressão, esquizofrenia, retardo mental, uso de drogas como álcool, opiáceos, maconha, cocaína, LSD, entre outros?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
18 - Faz algum tipo de tratamento? Qual (is)?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
19 - Já fez algum tipo de cirurgia?				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
20 - Tem alguma deficiência de órgão, membros ou sentidos?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
21 - Já foi submetido a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
22 - Fuma?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
23 - Consome bebida alcoólica?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:
24 - É acompanhado por algum médico?				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	Especificar:



## DECLARAÇÃO DE SAÚDE E TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e que as informações prestadas por mim na Declaração de Saúde, livre e espontaneamente são verdadeiras e completas, e assumi inteira responsabilidade pelas mesmas, assim como tenho conhecimento do Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que “se o proponente não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta”, perderá o direito às coberturas contratadas, bem como arcará com os custos dos benefícios já obtidos. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a CAURN, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer amparo e na defesa dos seus direitos sem que tal autorização implique ao sigilo profissional.

### Entrevista Qualificada

1. (     ) Declaro que fui orientado por médico credenciado pela CAURN no preenchimento da Declaração de Saúde
2. (     ) Declaro que fui orientado por meu médico particular no preenchimento da Declaração de Saúde
3. (     ) Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e que dispensei a orientação médica para responder às mesmas, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

