

FICHA DE ADESÃOENTIDADES - **DEPENDENTE**

Conveniada do titular: _____

CAURN Flex: Enfermaria (485.987/20-1) Apartamento (485.988/20-0)Odontologia: SIM NÃOAdesão por Portabilidade: SIM NÃOPlano 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: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Endereço: _____

Nº: _____ CEP: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____



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 Agravado, 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 - 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 - 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: ____/____/____

