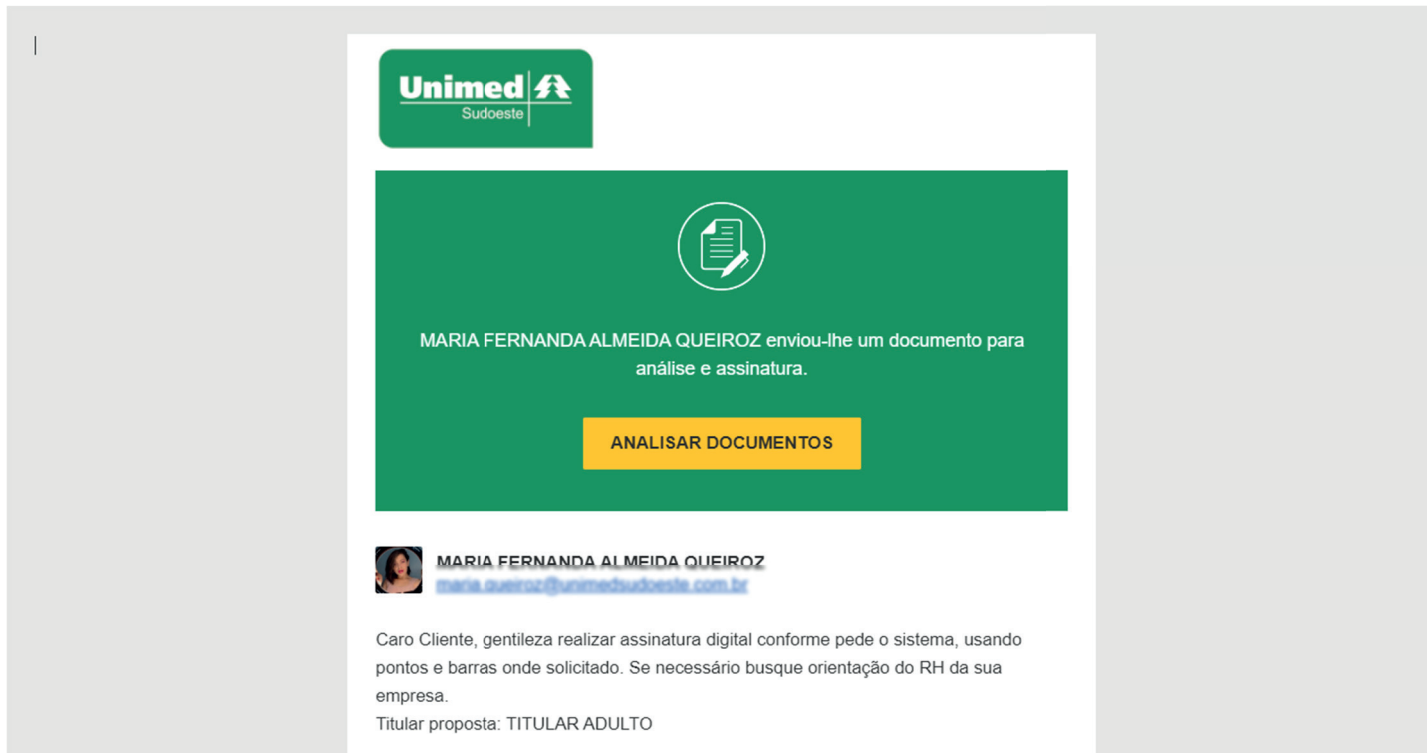


PASSO A PASSO
PARA **ASSINATURA**
DE DECLARAÇÃO
DE SAÚDE
ASSINATURA BENEFICIÁRIO

PASSO

01

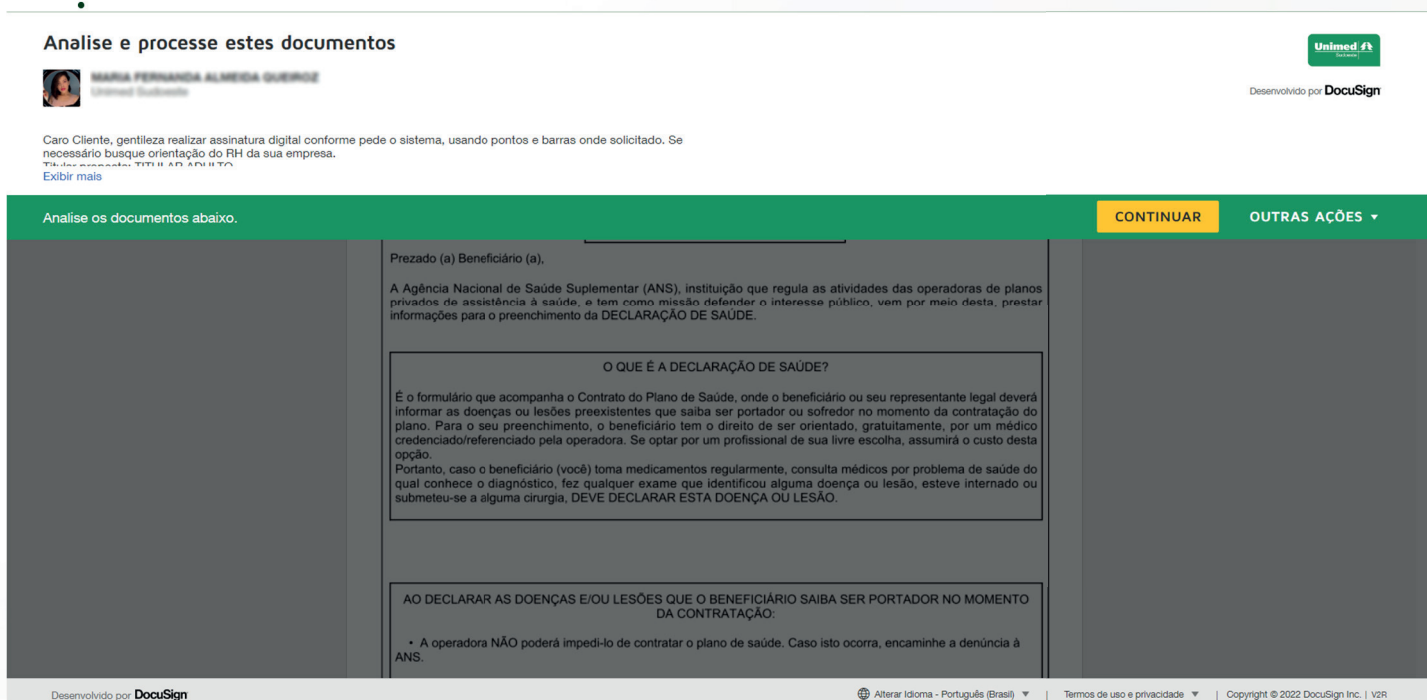
Você receberá, no seu e-mail cadastrado, o arquivo para assinatura. Clique em “Analisar Documentos”.



PASSO

02

Abrirá uma nova página, clique em “Continuar”.



PASSO

03

Em seguida, clique em “Iniciar”.

Analisar os documentos abaixo.

CONCLUIR OUTRAS AÇÕES

DocuSign Envelope ID: 2440FEFC-E983-444A-9D9E-201F0F5DE2E8

Unimed
Subsistema

DECLARAÇÃO DE SAÚDE ADULTO

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Nº DA PROPOSTA

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, caso 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.

INICIAR

PASSO

04

Preencha o campo “Local” e clique em “Assinatura”.

Insira o texto

CONCLUIR OUTRAS AÇÕES

www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

BENEFICIÁRIO

LOCAL DATA

PHILIPPE DECELENCIO ANDRADE ASSINATURA

NOME CPF

ASSINATURA

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

LOCAL DATA

RELACIONAMENTO EMPRESARIAL

NOME CPF

ASSINATURA

Printed on: 12/09/2022 15:25:38 Page 2 maria.queiroz CPLS30006

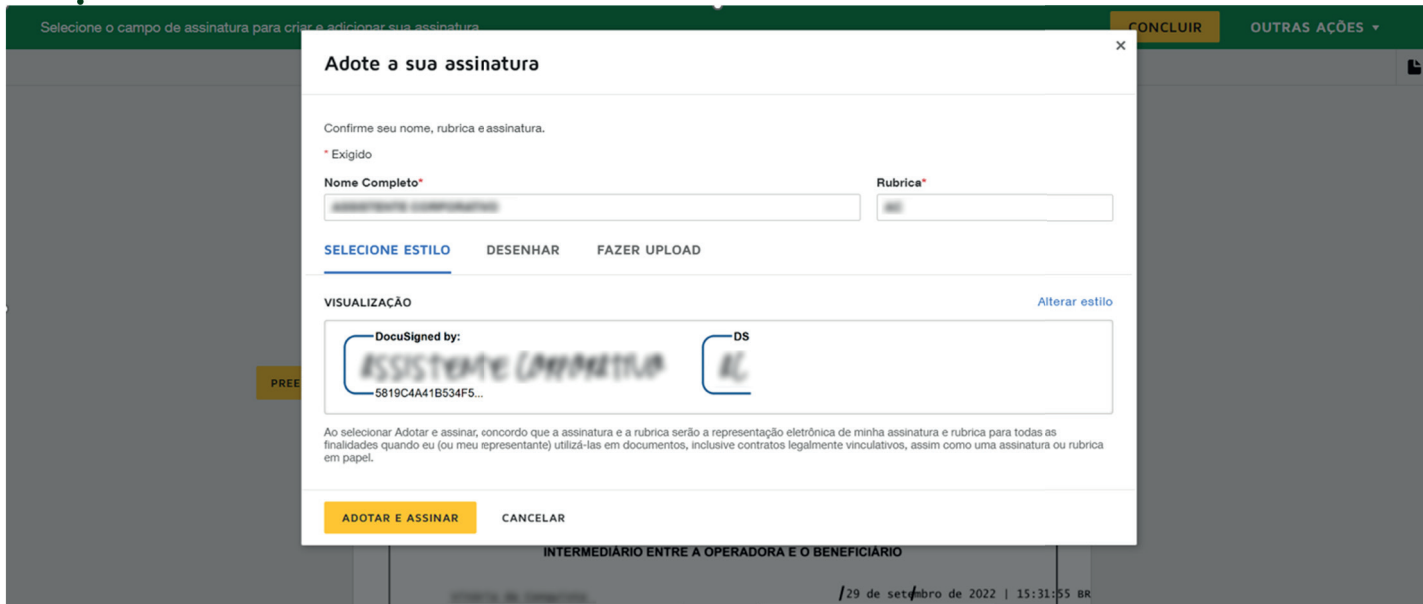
DECLARAÇÃO DE SAÚDE - TOTAL/PHILIPPE DECELENCIO ANDRADE ANUAL.pdf 2 de 14

PREENCHER

PASSO

05

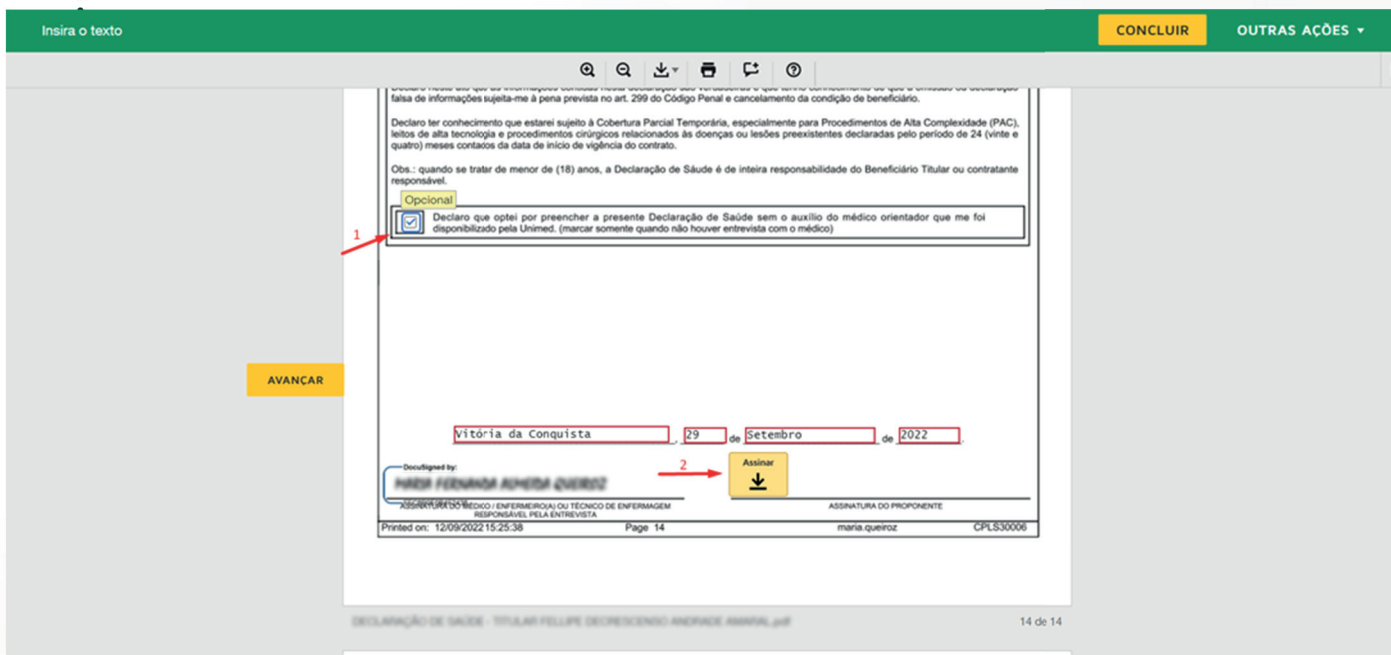
Escolha uma assinatura e clique em **“Adotar e Assinar”**.



PASSO

06

Clique no checkbox, confirme a imagem abaixo e, em seguida, clique em **“Assinar”**.



PASSO

07

Clique novamente em “Assinar” e, por fim, clique em “Concluir” para finalizar sua assinatura.

Selecione o campo de assinatura para criar e adicionar sua assinatura.

CONCLUIR **OUTRAS AÇÕES**

patologias abaixo relacionadas, configurando dessa forma a existência de doença ou lesão preexistente à contratação:

- CONDOMALÁCIA PATELAR EM JOELHO DIREITO (CID M22.4)
- ASTIGMATISMO (CID H52.2)

Declaro, ainda, que estou ciente que as doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas no art. 2º da Resolução Normativa nº 162 de 2007 da Agência Nacional de Saúde Suplementar;

Declaro, ainda, ter conhecimento da Cobertura Parcial Temporária (CPT), que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal no formulário Declaração de Saúde;

Assim, declaro, que estou ciente que somente terei cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados às patologias acima descritas, após transcorridos 24 (vinte e quatro) meses da contratação.

29 de setembro de 2022 | 16:14:47 BRT

Vitória da Conquista, _____ de _____ de _____.

Assinar

(ASSINATURA DO TITULAR OU DO DEPENDENTE QUANDO MAIOR DE IDADE)

Desenvolvido por **DocuSign** Alterar idioma - Português (Brasil) Termos de uso e privacidade Copyright © 2022 DocuSign Inc. | V2R

Concluído! Clique em Concluir para enviar o documento concluído.

CONCLUIR **OUTRAS AÇÕES**

Faça login na DocuSign

Uma cópia do documento foi salva em sua conta da DocuSign. Faça login para visualizar.

E-mail
maria.queiroz@unimedvitoria.com.br

LOGIN NÃO, OBRIGADO

FELIP... NOME CPF

ASSINATURA

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Vitória da Conquista / 29 de setembro de 2022 | 15:30:49 BRT

LOCAL DATA

Rafael Lima 000.000.000-00

NOME CPF

DocuSigned by:
Rafael Lima
13602C01148424

ASSINATURA

Printed on: 12/09/2022 15:25:38 Page 2 maria.queiroz CPLS30006

Unimed | 
Sudoeste