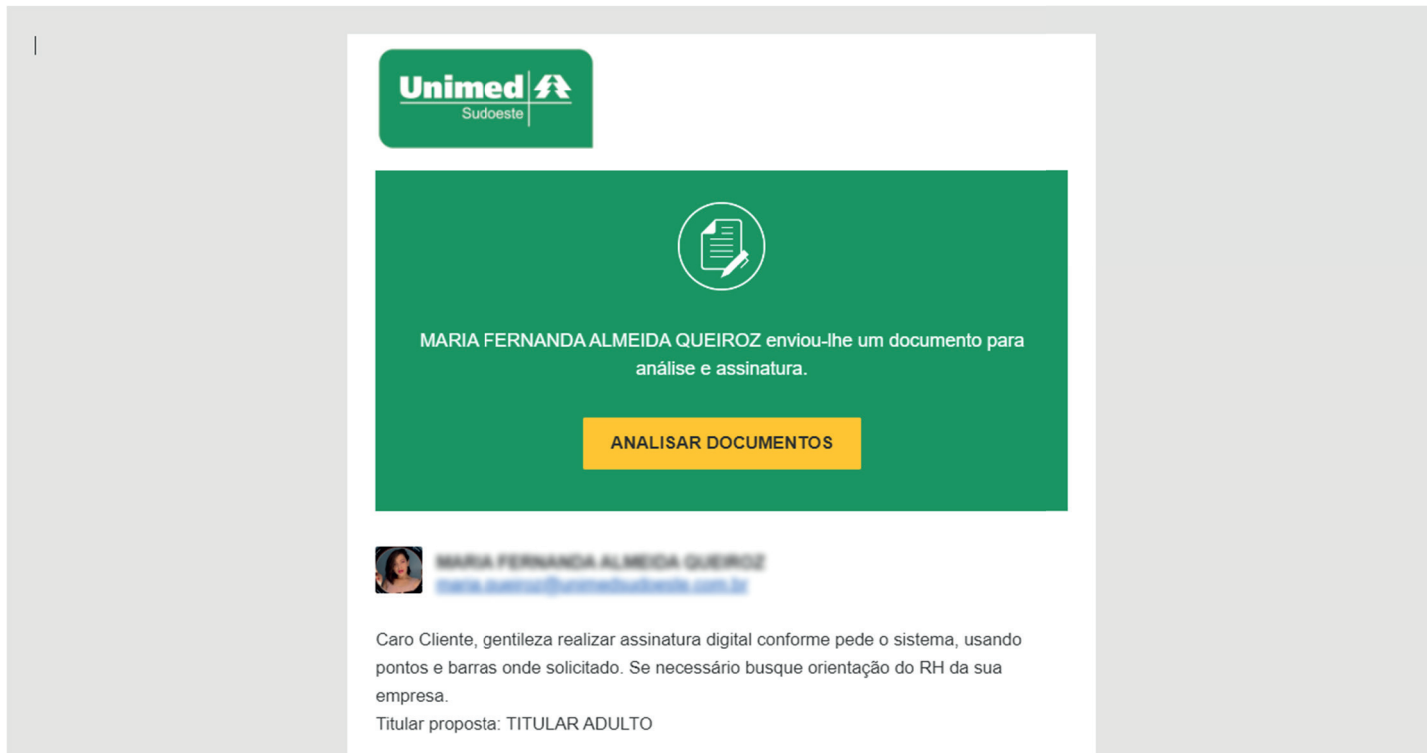


PASSO A PASSO  
PARA **ASSINATURA**  
**DE DECLARAÇÃO**  
**DE SAÚDE**  
*ASSINATURA EMPRESA*

PASSO

01

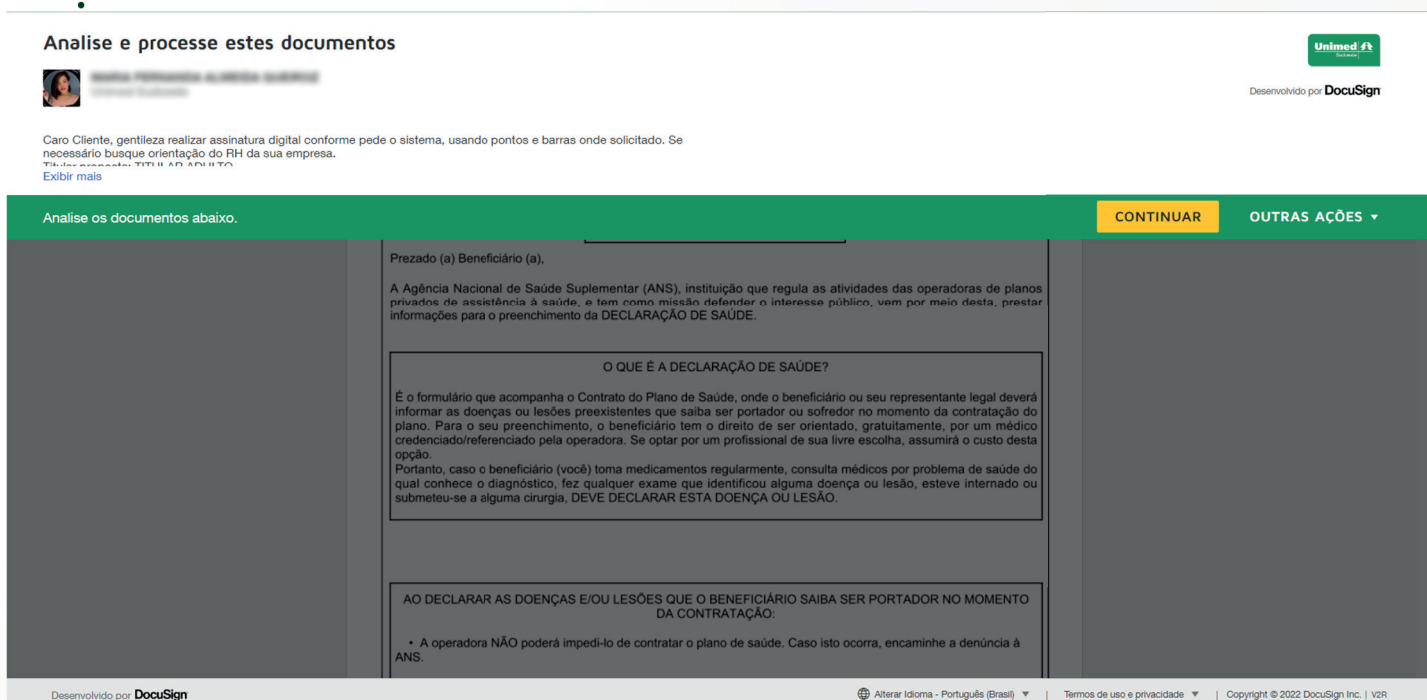
Você receberá, no seu e-mail cadastrado, o arquivo para assinatura. Clique em “Analisar Documentos”.



PASSO

02

Abrirá uma nova página, clique em “Continuar”.



PASSO

03

Em seguida, clique em “Iniciar”.

Analisar os documentos abaixo.

CONCLUIR    OUTRAS AÇÕES ▾


**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 o número do seu CPF, e clique em “Assinatura”.

Insira o texto

CONCLUIR    OUTRAS AÇÕES ▾

www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

**BENEFICIÁRIO**

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

**INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO**

LOCAL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Assinar  
↓

ASSINATURA \_\_\_\_\_

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

PREENCHER

PASSO

05

Abrirá uma nova tela, selecione uma das assinaturas e clique em “**Salvar**”.

Seleção o campo de assinatura para criar e adicionar sua assinatura

**CONCLUIR** OUTRAS AÇÕES ▾

**Minhas assinaturas e iniciais**

Escolha uma assinatura e iniciais salvas ou adote novas para usar ao assinar os documentos neste envelope.

<input checked="" type="radio"/>	DocuSigned by: Rafael Lima 6362CEC91148424...	DS	Editar	X
<input type="radio"/>	DocuSigned by: Rafael Lima em Saúde 6362CEC91148424...	DS	Editar	X

**USAR SALVAS** ADOTAR NOVAS

**PREENCHER**

**INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO**

LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA: /29 de setembro de 2022 | 15:27:18 BRT

NOME: \_\_\_\_\_ CPF: 000.000.000-00

Assinar

ASSINATURA

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

2 de 14

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

PASSO

06

Retornará para página de assinatura, clique em “**Concluir**”.

Concluído! Clique em Concluir para enviar o documento concluído.

**CONCLUIR** OUTRAS AÇÕES ▾

alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde.

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o 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: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

ASSINATURA

**INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO**

LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA: /29 de setembro de 2022 | 15:27:18 BRT

Rafael Lima NOME CPF: 000.000.000-00

ASSINATURA

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

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

**Sua assinatura foi concluída com sucesso. Agora, o envelope da declaração foi encaminhado automaticamente para assinatura do beneficiário. Você, empresa, poderá informá-lo para agilidade do processo.**

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

**LOGIN** NÃO, OBRIGADO

alguma doença

\* Para consultar Eventos em Saúde Em caso de dúvida, consulte a página da ANS www.ans.gov.br

Procedimentos e página da ANS

FELIP


NOME CPF

ASSINATURA

**INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO**

LOCAL DATA

Rafael Lima NOME CPF

DocuSigned by:  0362CE09148424

ASSINATURA

29 de setembro de 2022 | 15:30:49 BRT

000.000.000-00

Printed on: 12/09/2022 15:25:38 Page 2 maria queiroz CPL330006

**Unimed** |   
Sudoeste