

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”.

Unimed Sudoeste

MARIA FERNANDA ALMEIDA QUEIROZ enviou-lhe um documento para análise e assinatura.

ANALISAR DOCUMENTOS

MARIA FERNANDA ALMEIDA QUEIROZ
[maria.queiroz@unimedbrasil.com.br](#)

Caro Cliente, gentileza realizar assinatura digital conforme pede o sistema, usando pontos e barras onde solicitado. Se necessário busque orientação do RH da sua empresa.
Titular proposta: TITULAR ADULTO

PASSO

02

Abrirá uma nova página, clique em “Continuar”.

Analisar e processe estes documentos

Unimed Sudoeste
Desenvolvido por DocuSign

Caro Cliente, gentileza realizar assinatura digital conforme pede o sistema, usando pontos e barras onde solicitado. Se necessário busque orientação do RH da sua empresa.
Titular proposta: TITULAR ADULTO
[Exibir mais](#)

Analisar os documentos abaixo.

CONTINUAR **OUTRAS AÇÕES**

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.

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.

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

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 29 de setembro de 2022 | 15:26:47 BRT

NOME _____ CPF 000.000.000-00

Assinar
↓

ASSINATURA _____

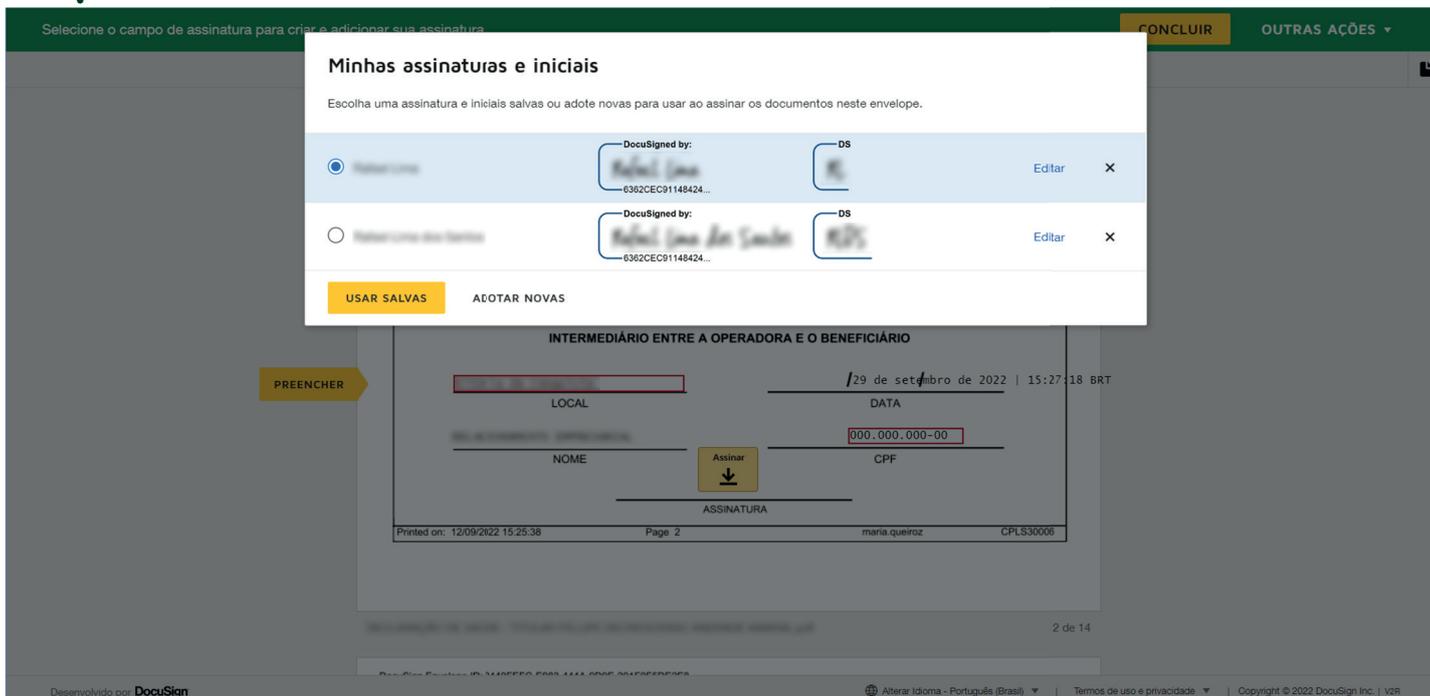
Printed on: 12/09/2022 15:25:38 Page 2 maria.queiroz CPLS30006

PREENCHER

PASSO

05

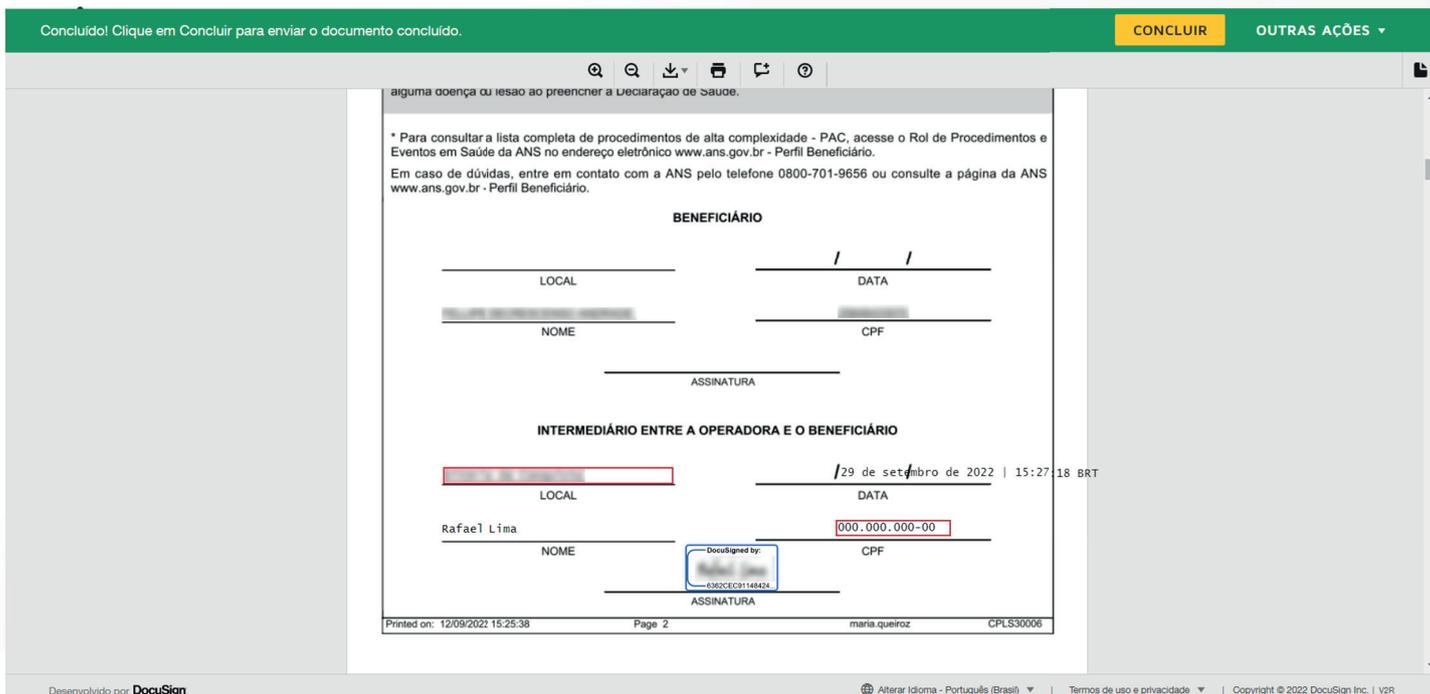
Abrirá uma nova tela, selecione uma das assinaturas e clique em “**Salvar**”.



PASSO

06

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



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: ASSINATURA

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

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

000.000.000-00

Unimed | 
Sudoeste