

Emissão do Comprova ANS

Passo a passo para emití-lo



Caro(a) beneficiário(a),

Segue o passo a passo para a emissão do **Comprova ANS**:

1. Acesse a ferramenta Comprova ANS: <https://www.ans.gov.br/COMPROVA>
2. Entre com sua conta **GOV.br**
3. Caso seja solicitado, autentique a identificação. Em seguida, clique em **Consultar os dados do plano de origem**.
4. Ao acessar, no rodapé do site estará disponível a opção “**imprimir comprovante**” . Imprima o documento e anexe à proposta, junto com os demais documentos do cliente

 **Atenção:** Em caso de divergências, contate a operadora de origem para solicitar a correção.

 O envio correto dos documentos é fundamental para garantir uma venda **assertiva, ágil e em total conformidade**.

Conte conosco e boas vendas!



Identifique-se no gov.br com:

 Número do CPF

Digite seu CPF para **criar** ou **acessar** sua conta gov.br

CPF

Continuar

Outras opções de identificação:

 Login com seu banco SUA CONTA SERÁ PRATA

 Login com QR code

 Seu certificado digital

 Seu certificado digital em nuvem

Validação dos dados do Consumidor

Último Acesso em: 07/10/2025

OS DADOS CONSTANTES DESTE RELATÓRIO FORAM FORNECIDOS PELA SUA OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE ATÉ 08/2025 de acordo com a regulamentação vigente para o cadastro de beneficiários (Resolução Normativa – RN nº 295, de 09 de maio de 2012).

Só são exibidos os registros cujo nome, data de nascimento e nome da mãe estejam idênticos ao que consta no Cadastro de Pessoa Física (CPF) da Receita Federal do Brasil.

Havendo divergência entre o(s) plano(s) de saúde informado(s) neste relatório e aquele(s) que efetivamente contratou, entre em contato com sua operadora de plano de saúde e solicite que seus dados sejam atualizados junto à ANS.

Vínculos ATIVOS

Plano de Saúde: [REDACTED]

Operadora: [REDACTED]

Nome: [REDACTED]

CPF: [REDACTED]

Data de Nascimento: [REDACTED]

Nome da Mãe: [REDACTED]

CNS [REDACTED]

Data da Contratação: [REDACTED]

Data da Primeira Contratação: [REDACTED]

Características do Plano: [REDACTED]

Coparticipação ou franquia: [REDACTED]

[REDACTED]

Nome: [REDACTED]

CPF: [REDACTED]

Data de Nascimento: [REDACTED]

Nome da Mãe: [REDACTED]

CNS [REDACTED]

Data da Contratação: [REDACTED]

Data da Primeira Contratação: [REDACTED]

Características do Plano: [REDACTED]

Coparticipação ou franquia: [REDACTED]

Outubro de 2015

Imprimir Comprovante

Versão: 2.1.0 COMPROVA

AVALIAR ESTE SERVIÇO



JRQ
SEGUROS

Acompanhe nossos canais oficiais:



jrqseguros.com.br



JRQ SEGUROS