



TREINAMENTO PLATAFORMA DE VENDAS – BITIX

REGRAS & DOCUMENTAÇÕES

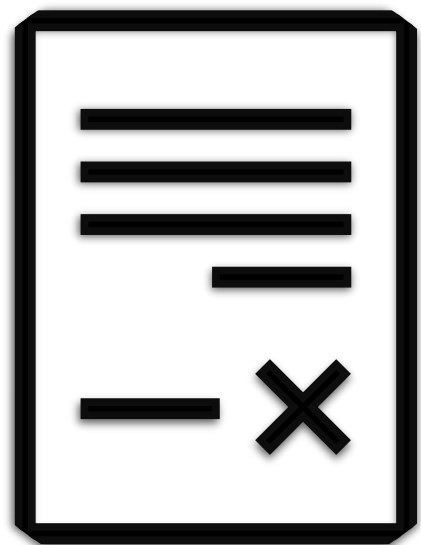
SS & PME (01 A 99 vidas)



PORTAL DE
VENDAS



TIPOS DE CONTRATO



Super Simples

- 1 vida (sócio do CNPJ) disponível apenas para CCG e NDI SP - São José dos Campos
- 2 a 15 vidas
- 16 a 29 vidas (maior redução de carência)

PME

- A partir de 30 vidas
- Carência zero para a primeira massa

Geral

- Cada titular pode ter um plano diferente; (não é possível mesclar produtos regionais de filiais diferentes);
- Dependentes seguem o mesmo plano do titular.

SS/PME - ELEGIBILIDADE (VIDAS)

TABELA ACEITACAO TITULARES/DEPENDENTES/AGREGADOS		
VINCULO EMPRESA	TIPO	LIMITE
Sócio	TITULAR	64 Anos
Funcionários CLT	TITULAR	64 Anos
Prestador Serviço	TITULAR	64 Anos
Cônjuge Sócio	DEPENDENTE	64 Anos
Cônjuge Titulares	DEPENDENTE	64 Anos
Filhos Solteiros	DEPENDENTE	53 Anos
Filho Adotivo	DEPENDENTE	53 Anos
Enteado	DEPENDENTE	53 Anos
Pai/Mãe	AGREGADO	53 Anos
Padrasto/Madrasta	AGREGADO	53 Anos
Irmãos	AGREGADO	53 Anos
Cunhado(a)	AGREGADO	53 Anos
Tio(a)	AGREGADO	53 Anos
Sogro(a)	AGREGADO	53 Anos
Sobrinho(a)	AGREGADO	53 Anos
Genro/Nora	AGREGADO	53 Anos
Neto(a)	AGREGADO	53 Anos

AGREGADOS/PRESTADORES

✓ Aceito apenas na venda
(Comercial);

✗ Não aceito em inclusões após
implantação **(Pós Vendas).**

Contrato de Prestadores:
Assinatura digital, pelo GOV ou reconhecido em cartório.

Agregados:
Válidos apenas quando houver campanha vigente, divulgada pelo
Comercial.

A partir de 20 vidas, 5% do total de vidas para beneficiários (titulares) com idade igual ou superior à 65 anos;
Ex.: 20 vidas, 5% = 1 vida até 74 anos



Vencimento do 1º boleto (quando liquidação em aberto): 3 dias após a emissão - emissão ocorrerá em 24h úteis;
Vencimento a partir do 2º boleto: De acordo com a escolha no ato da venda e implantação.

Escolha uma das opções.

----- SELECIONE -----

----- SELECIONE -----

19/09/2025 (IMEDIATA)

23/09/2025

28/09/2025

03/10/2025

18/10/2025

17/11/2025

Vigência futura:
24h - Imediata
5 dias
10 dias
15 dias
30 dias
60 dias

Escolha uma das opções.

----- SELECIONE -----

----- SELECIONE -----

23/09/2025

28/09/2025

03/10/2025

18/10/2025

17/11/2025

Vigência futura:
5 dias
10 dias
15 dias
30 dias
60 dias

Aplica-se à
São José dos Campos
(NDI SP)

Vigência entre	Vencimento
1 a 5	5
6 a 10	10
11 a 15	15
16 a 20	20
21 a 25	25
26 a 30/31	30

Caso a vigência escolhida **atrase**,
será ajustada automaticamente de
acordo com a data da **implantação**.
Este ajuste inclui a alteração do
vencimento também.

SS/PME - ELEGIBILIDADE (EMPRESAS)



MEI
ME
EPP

- 180 dias de abertura;
- 213-5 empresário individual.

Prestador de Serviço

- Aceitação de 18 até 64 anos;
- Sem tempo mínimo de contrato;
- Contrato modelo empresa com o PJ;
- Contrato assinado digital, GOV ou reconhecimento em cartório.
- Máximo de 20% do total de vidas do contrato

LTDA/LTDA UNIPessoal
S.A
EIRELI
CAEPF

- Sem tempo mínimo de abertura.

Sindicatos, Associações,
Cooperativas, Igrejas, Ong

- ATA, Estatuto e relatório E-Social.

Qualquer Empresa que tenha relação com valores (R\$) públicos, deve ser direcionada ao canal de Licitações. A comercialização não pode ser efetivada pelo Varejo.



REGRA

- 2 ou mais CNPJ coligados em uma proposta comercial;
- Após integração, cada CNPJ terá o seu próprio contrato e boleto;
- Mínimo de 2 vidas por Empresa;

REQUISITOS

- Sem limite de CNPJ;
- Sócios em comum ou Sociedade familiar (Cônjuge, pais e filhos).

SISTEMA

- Cada empresa assinará a sua própria proposta;



DOCUMENTAÇÃO	1-29 VIDAS	30-99 VIDAS	OBS
DOCUMENTOS - EMPRESA			
CARTÃO CNPJ	✓	✓	Doc. simples retirado no site Receita Federal
CONTRATO SOCIAL ou REQUERIMENTO EMPRESARIO (ME) ou CERTIFICADO MEI	✓	✓	Documento que comprova titularidade de acordo com o tipo de CNPJ
RG ou CNH RESPONSÁVEL CNPJ	✓	✓	Documento de quem irá assinar pelo CNPJ
VÍNCULO DAS VIDAS COM CNPJ ATÉ 30 DIAS DIAS DE ADMISSÃO: Ficha de registro (Carimbo + Foto + Assinatura). APÓS 30 DIAS: E-social, Cópia carteira trabalho, Ou Contrato Prestador de Serviço.	✓	✓	Documento que comprova o vínculo das vidas com o CNPJ Contrato Prestador de Serviço: assinado digital, gov ou reconhecimento de firma em cartório
DOCUMENTOS - VIDAS			
RG ou CNH ou Documento com Foto	✓	X	Documento com foto das vidas
VÍNCULO COM TITULAR	✓	X	Documento que comprova o vinculo com o titular
PREENCHER: ENDEREÇO	✓	✓	Não é necessário comprovante de endereço
PREENCHER CELULAR E E-MAIL DE CADA TITULAR	✓	✓	Cada Titular precisa ter celular diferente
CARTA DE RESPONSABILIDADE	X	✓	Carta que anula as documentações para contratação PME (30 a 99 vidas)



CNPJ /CAEPF EM OPERADORAS DIFERENTES

- Antes : Para realizar vendas de mesmo CNPJ/CAEPF era necessário autorização.
- Agora : As vendas podem ser realizadas sem autorização.

LAYOUT

- Antes: Digitação manual de todas as vidas;
- Agora: Digitação manual ou a possibilidade de subir via layout.

ANÁLISE DE DOCUMENTOS

- Para todas as Operadoras (exceto NDI SP - São José dos Campos- SP), a análise de documentos e Declaração de Saúde permanece ocorrendo após à venda.

ASSINATURA

- Antes : O vendedor disparava através da plataforma DocuSign.
- Agora : Todo o processo de assinatura será feito de forma automática através da Bitix.

VIGÊNCIA E VENCIMENTO

- Antes : Imediata ou futura (Data da venda + 3 dias).
- Agora : Vigência imediata + 5 opções de datas futuras (exceto NDI SP - São José dos Campos, apenas vigência futura).



SINDICATOS, ASSOCIAÇÕES, COOPERATIVAS, IGREJAS, ONG

- A implantação de Empresas destas categorias permanecem ocorrendo mediante análise do Cadastro, mas, não será necessária a atuação interna do Comercial. O processo ocorrerá dentro da plataforma Bitix.

VENDA SS – ODONTO

- A venda do Odonto será compulsória.

VENDA PME - ODONTO

- Tabela de Preço promocional para contratação com Odonto -Médica 1; Para contratação sem Odonto - Médica 2.

PLATAFORMA PLANIUM (BITIX)
SS & PME (01 A 99 vidas)



PORTAL DE
VENDAS





O que você quer fazer?



Corretor

Venda iniciada pelo corretor



Cliente

Portal do cliente



Portal

Portal de vendas



DecSau

Declaração de Saúde



Adm

Administração



Stats

Estatísticas



Upload

Planos/preços



Leads V2

Leads V2



MÓDULO	RESUMO
ADMINISTRADOR	Verificar acesso de vendedores
CORRETOR	Digitação da venda/proposta
PORTAL	Gestão operacional das vendas/propostas digitadas (Quais teve ou não assinatura, regularizações, etc.)
STATS	Gestão de números/estatísticas de vendas
DECLARACAO SAUDE	Módulo utilizado pelos beneficiários ao assinar a proposta



DIGITACAO PROPOSTA

- CORRETOR REALIZA A DIGITAÇÃO DA PROPOSTA E NOTIFICA O REPRESENTANTE PARA ASSINATURA.

ASSINATURA PROPOSTA/DS

APÓS O CORRETOR FINALIZAR A DIGITAÇÃO E NOTIFICAR O CLIENTE, O SISTEMA ENCAMINHARÁ VIA E-MAIL E WHATSAPP UM ACESSO PARA QUE O REPRESENTANTE POSSO REALIZAR A ASSINATURA. MEDIANTE ASSINATURA DA PROPOSTA, A ÚLTIMA ETAPA É REALIZAR O **PREENCHIMENTO/ASSINATURA DA DECLARAÇÃO/FORMULÁRIO DE SAÚDE.**

- 1-29 vidas: CADA TITULAR RECEBE UM E-MAIL PARA ASSINAR E PREENCHER SUA DECLARAÇÃO DE SAÚDE;
- 30-99 vidas: O REPRESENTANTE ASSINA A PROPOSTA, JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIO DE SAÚDE DAS VIDAS.

IMPLANTAÇÃO

- APÓS CONCLUSÃO DAS ASSINATURAS, O SISTEMA PROCESSA AS INFORMAÇÕES GERANDO UM NÚMERO DE PROPOSTA "NOP", IMPLANTANDO E FINALIZANDO O PROCESSO.



Corretor

Venda iniciada pelo corretor



Faça login para prosseguir!



Usuário

Senha

[Esqueci minha senha](#)[Trocar senha](#)[ENTRAR](#)

ANS nº 368253 | ANS nº 359017

LOGIN SERÁ REALIZADO COM O **CPF DO VENDEDOR** E SENHA QUE SERÁ CRIADA ATRAVÉS DA NOTIFICAÇÃO DISPARADA (DISPARO OCORRERÁ ATÉ O DIA 30/09) PELA PLATAFORMA BITIX, PARA O E-MAIL CADASTRADO NA OPERADORA.

CASO O VENDEDOR NÃO IDENTIFIQUE O E-MAIL, BASTA ACESSAR A BITIX E CLICAR EM "**ESQUECI MINHA SENHA**".

NAS SITUAÇÕES EM QUE O E-MAIL REGISTRADO ESTÁ INCORRETO E NÃO FOI POSSÍVEL RESETAR A SENHA ATRAVÉS DA BITIX, REALIZAR CONTATO COM O **TIME COMERCIAL**.





Corretor
Venda iniciada pelo corretor.


>

Escolha uma Operadora. 

[Sair](#)











[AVANÇAR](#)

ANS nº 368253 | ANS nº 359017

AS **OPERADORAS** QUE SERÃO EXIBIDAS SEGUEM OS PARÂMETROS JÁ **EXISTENTES** PARA CADA CORRETORA.
 EX.: CORRETORAS QUE POSSUEM CÓDIGO NA OPERADORA HAPVIDA MINAS GERAIS E HAPVIDA NDI SP, SERÃO EXIBIDAS AS **DUAS OPÇÕES** PARA VENDA.



APÓS ESCOLHA DA OPERADORA, SELECIONAR O UF E A CIDADE CONFORME **LOCALIZAÇÃO DAS VIDAS**.

IMPORTANTE SE ATENTAR A ESTA ETAPA
POIS ESTE É O MOMENTO QUE DEFINE A
TABELA DE PREÇOS PARA A VENDA.





Informe o endereço da localidade de contratação 

Unidade da federação

RS

Qual a sua cidade

----- SELECIONE UMA CIDADE -----

AVANÇAR

VOLTAR

Mais saúde
de qualidade,
mais **perto**
de **você**





SELECIONAR A **SEGMENTAÇÃO** DESEJADA PELO CONTRATANTE.



 >

Que produto o cliente procura? 



☐ Ambulatorial

☐ Amb. + hosp. com obstetrícia

AVANÇAR

VOLTAR

O plano de saúde empresarial com maior rede própria do Brasil

A partir de **100 vidas**





SELECIONAR A **COPARTICIPAÇÃO** DESEJADA PELO CONTRATANTE.
IMPORTANTE: NÃO É POSSÍVEL MESCLAR.

Sair

18

>

O cliente deseja com ou sem coparticipação?



☐ Com coparticipação ☒ Sem Coparticipação
(Exceto Terapias)

AVANÇAR

VOLTAR

Hapvida
NotreDame

A operadora de planos de saúde e odontológicos com a maior rede própria de atendimento do Brasil.

+15,7 milhões

de clientes saúde + odonto

Pl 87

Emprego

77

prato de trabalho

R\$ 341

diário

291

empregados

+5,8 mil

oto

Uma rede própria que conta com:

+ 28 mil médicos + 22 mil dentistas





 >

Porte da empresa. 

Defina o porte da empresa



1 a 29



30 a 99

SIMULAR **VENDER**

VOLTAR

ANS nº 368253 | ANS nº 359017

NESTA ETAPA É POSSÍVEL ACESSAR A OPÇÃO DE "**SIMULAR**", APENAS PARA APRESENTAR OS VALORES AO CLIENTE, OU PERMANECER NO FLUXO DIRETO À VENDA.

SELECIONAR O CANAL DE VENDA CONFORME QUANTITATIVO DE VIDAS DA EMPRESA CLIENTE.







Empresa contratante. 

☐ A empresa contratante é MEI.

Plano	Segmentação	Acom.	Abrangência?	ANS	Copart.	Reembolso
NOSSO PLANO VAREJO AHO CE GM ENF CCF CCG	Amb. + hosp. com obstetrícia	Enfermaria	Grupo de municípios	498182241	Sim (Tipo 1)	Sem reembolso
NOSSO PLANO VAREJO AHO GM CC APT CCG	Amb. + hosp. com obstetrícia	Apartamento	Grupo de municípios	495172237	Sim (Tipo 1)	Sem reembolso
NOSSO PLANO VAREJO AHO CE GM ENF CCF CCG	Amb. + hosp. com obstetrícia	Enfermaria	Grupo de municípios	498182241	Sim (Tipo 1)	Sem reembolso
CCG POP - EMP GLOBAL PD I AHO CE EST ENF CC	Amb. + hosp. com obstetrícia	Enfermaria	Estadual	498180244	Sim (Tipo 1)	Sem reembolso
NOSSO PLANO VAREJO AHO GM CC APT CCG	Amb. + hosp. com obstetrícia	Apartamento	Grupo de municípios	495172237	Sim (Tipo 1)	Sem reembolso
CCG POP Vale do Sinos I	Amb. + hosp. com obstetrícia	Enfermaria	Grupo de municípios	490593218	Sim (Tipo 1)	Sem reembolso
CCG POP - IND GLOBAL PD I AHO EST ENF CC	Amb. + hosp. com obstetrícia	Enfermaria	Estadual	498183249	Sim (Tipo 1)	Sem reembolso

Entre com a quantidade de beneficiários por faixa etária para cada plano desejado.
Pode ser atribuído um plano diferente para cada funcionário/sócio. Dependentes seguem o mesmo plano do funcionário/sócio.

Plano	Reembolso	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59+
NOSSO PLANO VAREJO AHO CE GM ENF CCF CCG	Sem reembolso	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
NOSSO PLANO VAREJO AHO GM CC APT CCG	Sem reembolso										
NOSSO PLANO VAREJO AHO CE GM ENF CCF CCG	Sem reembolso										
CCG POP - EMP GLOBAL PD I AHO CE EST ENF CC	Sem reembolso										
NOSSO PLANO VAREJO AHO GM CC APT CCG	Sem reembolso										
CCG POP Vale do Sinos I	Sem reembolso										
CCG POP - IND GLOBAL PD I AHO EST ENF CC	Sem reembolso										

 Apagar todos os beneficiários.

Beneficiários: 10
Valor: R\$ 4.250,65 / mês

VENDER

OPERADORA

Hapvida CCG

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 0

PARA OS VALORES DE TABELA PME, O COTADOR SÓ APRESENTARÁ APÓS CONTABILIZAR A DISTRIBUIÇÃO DE **30 VIDAS OU MAIS**, ATÉ 29 VIDAS, O SISTEMA APRESENTARÁ O VALOR DE TABELA REFERENTE AO **SUPER SIMPLES**.

BASTA PREENCHER A QUANTIDADE DE VIDAS NA FAIXA ETÁRIA DESEJADA, DE ACORDO COM O PLANO ESCOLHIDO, O COTADOR APRESENTARÁ O VALOR TOTAL, QUE SERÁ PAGO PELO CLIENTE EM RELAÇÃO ÀS **MENSALIDADES** (SEM CONSIDERAR A TAXA DE ADESAO, CAMPANHAS E REAJUSTES FUTUROS).
CASO O CLIENTE DESEJE CONTRATAR, BASTA CLICAR EM "VENDER" PARA SEGUIR À PRÓXIMA ETAPA.



Sair



Empresa contratante. ?

2 Dados da empresa contratante

☐ CNPJ* ☐ CAEPF*

Nome fantasia

Nome fantasia

Código de natureza jurídica

----- CNJ -----

Data de abertura*

Data

MEI* ☐ SIM ☐ NÃO

2 Endereço da empresa*

CEP*

CEP

Número*

Número

Bairro*

Bairro

Estado*

----- UF -----

Logradouro*

Logradouro

Complemento

Complemento

Cidade*

Cidade

3 Responsável*

CPF*

CPF

Nome*

Nome

Email*

Confirmação de email*

OPERADORA

Hapvida CCG

Participação: Sim

Beneficiários: 0

O PREENCHIMENTO INICIAL É REFERENTE AOS DADOS DA **EMPRESA CONTRATANTE**, ONDE, TODOS OS CAMPOS SINALIZADOS COM "*" SÃO **OBRIGATÓRIOS** PARA INSERÇÃO DE DADOS. BEM COMO, NA ABA DE ANEXOS, OS DOCUMENTOS SINALIZADOS COM "*", TAMBÉM SÃO **OBRIGATÓRIOS** PARA UPLOAD.



Número		Complemento	
Bairro*		Cidade*	
Bairro		Cidade	
Estado*			
UF			
Responsável*			
CPF*		Nome*	
CPF		Nome	
Email*		Confirmação de email*	
nome@dominio.tld		nome@dominio.tld	
Celular*			
Telefone celular			
Documentação			
Os documentos têm que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (*.jpg, *.jpeg), GIF (*.gif), PNG (*.png), PDF (*.pdf). O tamanho máximo por arquivo é 5 Mbytes para imagens e 20 Mbytes para pdf. Os arquivos que estão com * são obrigatórios para envio.			
Tipo de documento		Arquivo	
Contrato social ou MEI ou requerimento empresário*		Selecione arquivo ou arraste	
Nome arquivo	Tipo documento	Ações	
Coligadas Adicionar empresa coligada *			
* Campos obrigatórios			
CNPJ	Razão Social	Ações	
CADASTRAR			

ANS n° 368253 | ANS n° 359017

AO FINALIZAR O PREENCHIMENTO DOS DADOS E ANEXO DOS DOCUMENTOS, CASO EXISTA **EMPRESA COLIGADA**, ESTE SERÁ O MOMENTO DE ADICIONÁ-LA, CLICANDO EM **"ADICIONAR EMPRESA COLIGADA"**. SE NÃO HOUVER COLIGADA, CLIQUE EM **"CADASTRAR"** PARA SEGUIR COM O PROCESSO DE DIGITAÇÃO DAS VIDAS. QUALQUER INCONSISTENCIA IDENTIFICADA OU INFORMAÇÃO (DADO) FALTANTE SERÁ CRITICADA PELA PÁGINA E SÓ É PERMITIDO SEGUIR MEDIANTE CORREÇÃO.



Sair

Dados cadastrais do Titular

2 a 29 vidas com coparticipação

Adicionar beneficiário titular

Importação de Layout

Beneficiário	CPF	Tipo	Idade	RS	Ações
Pressione Adicionar beneficiário titular para adicionar titular. Para dependente pressione associado ao titular. Clique em para conferir e se necessário modificar os dados cadastrais.					

AVANÇAR

OPERADORA

Hapvida

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 0

DIGITAÇÃO COLIGADA - MÍNIMO DE 2 VIDAS PARA CADA EMPRESA, MÃE E COLIGADA. SEM MÍNIMO/MÁXIMO DE COLIGADAS, DESDE QUE RESPEITE O NÚMERO MÍNIMO E MÁXIMO DE VIDAS (2 A 99 VIDAS).

Endereço da empresa*

CEP* Logradouro*

CEP Logradouro

Número* Complemento

Número Complemento

Bairro* Cidade*

Bairro Cidade

Estado* UF*

Estado UF

Responsável*

CPF* Nome*

CPF Nome

Email* Confirmação de email*

nome@dominio.dd nome@dominio.dd

Celular*

Telefone celular

Documentação

Os documentos têm que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (*.jpg, *.jpeg), GIF (*.gif), PNG (*.png), PDF (*.pdf). O tamanho máximo por arquivo é 5 Mbytes para imagem e 20 Mbytes para pdf. Os arquivos que estão com * são obrigatórios para envio.

Tipo de documento Arquivo

Contrato social ou MEI ou requerimento empresarial* Selecionar arquivo ou arrastar

Nome arquivo	Tipo documento	Ações
* Campos obrigatórios		

CADASTRAR

SEGUINDO O MESMO PADRÃO, É NECESSÁRIO PREENCHER TODOS OS DADOS SINALIZADOS COMO **OBRIGATÓRIOS** ("*") E UPLOAD DOS DOCUMENTOS TAMBÉM SINALIZADOS COMO **OBRIGATÓRIOS** ("*"). AO FINALIZAR, BASTA CLICAR EM "CADASTRAR".



São Paulo

Responsável*

CPF*

Nome*

160.754.106-86

CHRISTIAN ROCHA

Email*

Confirmação de email*

christianrochaa0@gmail.com

christianrochaa0@gmail.com

Celular*

(31) 99103-9909

Documentação

Os documentos têm que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (*.jpg, *.jpeg), GIF (*.gif), PNG (*.png), PDF (*.pdf).
O tamanho máximo por arquivo é 5 Mbytes para imagens e 20 Mbytes para pdf. Os arquivos que estão com * são obrigatórios para envio.

Tipo de documento

Arquivo

----- SELECIONE -----

Selecione arquivo ou arraste

Nome arquivo	Tipo documento	Ações
image.png	Contrato social ou MEI ou requerimento empresário*	
image.png	Cartão CNPJ*	
image.png	E-social, Carteira trabalho, Ficha de registro Ou Contrato Prestador Serviço*	
image.png	RG/CNH do responsável*	

Coligadas

Adicionar empresa coligada

* Campos obrigatórios

CNPJ	Razão Social	Ações
59166413000274	LAR DA MAMAE CLORY	

SALVAR

ANS nº 368253 | ANS nº 359017

O SITE RETORNARÁ À PÁGINA INICIAL DA EMPRESA "MÃE", E CASO EXISTAM OUTRAS COLIGADAS, BASTA REPETIR O PROCESSO ATÉ FINALIZAR OS CADASTROS E CLICAR EM "SALVAR".



PARA INICIAR O CADASTRO DO PRIMEIRO TITULAR, BASTA CLICAR EM "ADICIONAR BENEFICIÁRIO TITULAR".





Dados cadastrais do Titular 

2 a 29 vidas com coparticipação

Adicionar beneficiário titular 

Importação de Layout 

Beneficiário	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
Pressione Adicionar beneficiário titular para adicionar titular. Para dependente pressione  associado ao titular. Clique em  para conferir e se necessário modificar os dados cadastrais.					

AVANÇAR

OPERADORA

Hapvida

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 0

ANS nº 368253 | ANS nº 359017



Dados cadastrais do Titular



Dados cadastrais

[Copiar dados do responsável](#)Sexo* ☐ Masculino ☐ FemininoÉ sócio da empresa* ☐ SIM ☐ NÃO

CPF*

Nome completo*

CPF



Nome completo

Email*

Confirmação do email*

nome@dominio.tld

nome@dominio.tld

Data de nascimento*

Nome da Mãe*

Data

Nome da mãe

Telefone

Celular*

telefone

celular

Estado civil*

Nº Cadastro Nacional de Saúde

----- ESTADO CIVIL -----



CNS



Data de admissão*

Data de Casamento

Data

Data de Casamento

OPERADORA

Hapvida

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 0

É POSSÍVEL COPIAR OS DADOS DO RESPONSÁVEL REGISTRADO NA EMPRESA,
CASO ELE TAMBÉM ESTEJA ADERINDO AO PLANO, PARA AGILIZAR O PREENCHIMENTO.
SEGUINDO O MESMO PADRÃO DA EMPRESA, OS DADOS E DOCUMENTOS **OBRIGATÓRIOS** ESTÃO SINALIZADOS COM "*".



Desaja Contratar Odonto?*

SELECIONE

Carência*

SELECIONE

Endereço residencial

CEP*

CEP

Logradouro*

Logradouro

Número*

Número

Complemento

Complemento

Bairro*

Bairro

Cidade*

Cidade

Estado*

UF

Empresa*

EMPRESA

Plano*

PLANO

Documentação

Os documentos têm que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (*.jpg, *.jpeg), GIF (*.gif), PNG (*.png), PDF (*.pdf).
O tamanho máximo por arquivo é 5 Mbytes para imagens e 20 Mbytes para pdf. Os arquivos que estão com * são obrigatórios para envio.

Tipo de documento

SELECIONE

Arquivo

Selecione arquivo ou arraste

Nome arquivo	Tipo documento	Ações
--------------	----------------	-------

* Campos obrigatórios

CADASTRAR

ANS nº 368253 / ANS nº 359017

SELECONE ODONTO COMPULSÓRIO (**MÉDICA 1**) OU SEM ODONTO (**MÉDICA 2**), BEM COMO, SELECIONAR A OPÇÃO RELACIONADA ÀS **CARÊNCIAS** (CONTRATUAL OU COM APROVEITAMENTO)

SE HOUVER COLIGADA CADASTRADA, TAMBÉM É IMPORTANTE SELECIONAR NO CAMPO "**EMPRESA**",
DE ACORDO COM O VÍNCULO SOCIETÁRIO OU EMPREGATÍCIO NO QUAL O TITULAR QUE ESTÁ SENDO DIGITADO FAZ PARTE.
APÓS FINALIZAR O CADASTRO E UPLOAD DO DOCUMENTO (ISENTO NO PME, CASO APRESENTE A CARTA DE RESPONSABILIDADE), BASTA CLICAR EM "**CADASTRAR**".



Carência

Carência*
Com aproveitamento de carências

Nº Carteirainha*
Nº Carteirainha

Data fim*
Data fim

Acomodação*
----- SELECIONE -----

Operadora anterior*

Operadora do grupo Hapvida Notredame

----- SELECIONE -----

Operadora do grupo Hapvida Notredame

Outra operadora

Segmentação*
----- SELECIONE -----

Endereço residencial

CEP*
CEP

Logradouro*
Logradouro

Número*
Número

Bairro*
Bairro

Estado*
----- UF -----

PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA DE EX BENEFICIÁRIOS HAPVIDA BASTA SELECIONAR A OPÇÃO **OPERADORA DO GRUPO** E INFORMAR A **NÚMERAÇÃO DE CARTEIRINHA SAÚDE** E APÓS CLICAR NA "LUPA" PARA QUE A PLATAFORMA BUSQUE NA BASE O PLANO EXISTENTE DENTRO DOS CRITÉRIOS PARA APROVEITAMENTO, CASO ESTEJA FORA, A CRITICA SERÁ APRESENTADA.



Carência

Carência*
Com aproveitamento de carências

Nº Carteirainha*
[Redacted] [Lupa]

Data fim*
19/09/2025

Acomodação*
Enfermaria (E)

Operadora anterior*
Operadora do grupo Hapvida Notredame

Data início*
10/03/2022

Segmentação*
Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia

IMPORTANTE RESSALTAR QUE O APROVEITAMENTO É VÁLIDO PARA BENEFICIÁRIOS COM PLANO ANTERIOR DESLIGADO ATÉ 30 DIAS.



PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA DE BENEFICIÁRIOS ADVINDOS DE CONGÊNERES BASTA SELECIONAR A OPÇÃO **OUTRA OPERADORA** E INFORMAR OS DADOS DO PLANO ANTERIOR MANUALMENTE.

104-ADMED REG. 32605-4

105-MEDSAUDE REG. 38.096

106-JARDINS ASSIT. MEDICA LTDA ANS 316920

107-DIX SAUDE ANS 362921

108-SANTA CASA DE SANTOS SUSEP 31649

109-LIFE SYSTEM ASSISTENCIA MEDICA ANS307408

11-SAUDE BRADESCO

111-CAPESP SAUDE ANS 3457

112-SANTA CASA DE BELO HORIZONTE ANS 32525

----- SELECIONE -----

Data de Casamento

Operadora anterior*

Outra operadora

Data início*

Data início

Segmentação*

----- SELECIONE -----

Plano*

----- PLANO -----

Data fim*

Data fim

Acomodação*

----- SELECIONE -----

IMPORTANTE ANEXAR A DOCUMENTAÇÃO DA OPERADORA ANTERIOR

Documentação

Os documentos têm que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (*.jpg, *.jpeg), GIF (*.gif), PNG (*.png), PDF (*.pdf).
O tamanho máximo por arquivo é 5 Mbytes para imagens e 20 Mbytes para pdf. Os arquivos que estão com * são obrigatórios para envio.

Tipo de documento

----- SELECIONE -----

----- SELECIONE -----

RG/CNH*

Comprovante de redução de carência

Outros

Autorização área médica

Arquivo

Selecione arquivo ou arraste

Ações

CADASTRAR



APÓS CADASTRAR O PRIMEIRO TITULAR, É POSSÍVEL CLICAR NO SÍMBOLO DE "+" SINALIZADO EM VERDE PARA ADICIONAR O DEPENDENTE. CASO NÃO HAJA, BASTA SEGUIR COM O CADASTRO DO PRÓXIMO TITULAR, CLICANDO NOVAMENTE EM "ADICIONAR BENEFICIÁRIO TITULAR".





Beneficiários.

2 a 29 vidas com coparticipação

Adicionar beneficiário titular  Importação de Layout ▾

Beneficiário	CPF	Tipo	Idade	RS	Ações
		Titular	27	229,38 	 

Pressione **Adicionar beneficiário titular** para adicionar titular. Para dependente pressione  associado ao titular.

Clique em  para conferir e se necessário modificar os dados cadastrais.

AVANÇAR

OPERADORA

Hapvida

Proposta

R\$ 229,38 /mês

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 1

ANS nº 368253 ANS nº 359017



A **VIGÊNCIA** DEVE SER SELECIONADA, DE ACORDO A ESCOLHA DO CONTRATANTE.





Data de vigência. 

Escolha uma das opções.

21/09/2025 (IMEDIATA)

----- SELECIONE -----

21/09/2025 (IMEDIATA)

25/09/2025

30/09/2025

05/10/2025

20/10/2025

19/11/2025

OPERADORA

Hapvida

Proposta

R\$ 229,38 /mês

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 1

ANS nº 368253 ANS nº 359017



NESTA ETAPA "**FORMA DE PAGAMENTO**", BASTA CLICAR EM "**AVANÇAR**".

Forma de pagamento.

Boleto bancário

Boleto será enviado por correio.

AVANÇAR

VOLTAR

Resumo da contratação.

CNPJ	Razão Social	#B	R\$
		0	0,00

Plano	Acomodação	Registro ANS	#B	R\$
NOSSO PLANO VAREJO AHO CE GM ENF CCG CCG	Entremans	496182241	1	199,04
HAPVIDA INTEROCUNTO PREMIUM CE OD	-	-	1	21,53

Plano	Total Preço	Total Preço com Desconto
NOSSO PLANO VAREJO AHO CE GM ENF CCG CCG	R\$ 199,04	R\$ 126,49

Data de proposta: 16/09/2025

CNPJ contratante:

Beneficiários: 1

Valor de contraprestação pecuniária: R\$ 179,57 /mês

Taxa de implantação: R\$ 25,00

Coparticipação: Sim

Visualizar rascunho da proposta.

NOTIFICAR CLIENTE

VOLTAR

OPERADORA
Hapvida CCG
Proposta
R\$ 179,57 /mês
Coparticipação: Sim
Beneficiários: 1
Condição comercial:
20% de desconto de 1 até a 5ª parcela

LOGO EM SEGUIDA, SERÁ EXIBIDA A ÚLTIMA PÁGINA RELACIONADA À DIGITAÇÃO.

É POSSÍVEL CONFERIR TODAS AS INFORMAÇÕES CADASTRADAS, VALORES E VISUALIZAR O **RASCUNHO** DA PROPOSTA CONTRATUAL. AO VALIDAR AS INFORMAÇÕES, BASTA CLICAR EM "**NOTIFICAR CLIENTE**" PARA QUE ELE RECEBA O **E-MAIL/WHATSAPP** E DÊ CONTINUIDADE AO PROCESSO DE ASSINATURA.



NESTA ETAPA É POSSÍVEL **SALVAR A PROPOSTA**, DEIXANDO-A EM RASCUNHO PARA ENVIAR AO CONTRATANTE EM UM OUTRO MOMENTO.

OBSERVAÇÃO: A PROPOSTA SALVA EM RASCUNHO NÃO GARANTE A VIGÊNCIA ESCOLHIDA OU VALOR OFERTADO CASO OCORRA ALTERAÇÃO DE TABELA DE PREÇOS.

Hapvida

Sair

Re-Iniciar

Faixas de CEP

Vendedor

Portal de vendas

Carregar proposta

Salvar proposta

Sobre

Configurar PIX

Resumo da contratação.

CNPJ	Razão Social	#B	R\$
		0	0,00

Plano	Acomodação	Registro ANS	#B	R\$
NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC PRM 006	Enfermaria	490121215	1	229,38

Data da proposta: 20/09/2025

CNPJ contratante:

Beneficiários: 1

Valor da contraprestação pecuniária: R\$ 229,38 /mês

Taxa de implantação: R\$ 25,00

Coparticipação: Sim

Visualizar rascunho da proposta.

NOTIFICAR CLIENTE

Propostas de 00591533006

Contratante	CPF/CNPJ	Data	Ação
		2025-09-21	

Fechar

AO CLICAR EM **CARREGAR PROPOSTA** SERÁ EXIBIDO O PAINEL PARA ESCOLHER QUAL PROPOSTA DESEJA VOLTAR A DIGITAÇÃO, BASTA CLICAR E **CARREGAR**.



 Sair

Resumo da contratação. ?

CNPJ
[Input field]

Plano
SMART 20G UP + RMCA CE CP ENF

Data da proposta:
CNPJ contratante:
Beneficiários:

Valor da contraprestação pecuniária: **R\$ 360,22 /mês**
Taxa de implantação: **R\$ 25,00**
Coparticipação: **Não (Exceto para Terapias)**

[Visualizar rascunho da proposta.](#)

CLIENTE NOTIFICADO!
Cliente notificado via e-mail e Whatsapp!
Deseja iniciar uma nova proposta?

Sim **Não**

OPERADORA
Hapvida
Notredame

Proposta
R\$ 360,22 /mês
Coparticipação: Não
(Exceto para Terapias)
Beneficiários: 1

NOTIFICAR CLIENTE

PARA FINALIZAR BASTA CLICAR EM "NOTIFICAR CLIENTE" SINALIZADO ABAIXO.
O REPRESENTANTE RECEBERÁ UMA MENSAGEM NO WHATSWAPP E E-MAIL PARA OS DADOS IFORMADOS COMO RESPONSÁVEL NO
INÍCIO DA DIGTAÇÃO DA PROPOSTA.

ASSINATURA DA PROPOSTA
(REPRESENTANTE)

PORTAL DE
VENDAS





E-mail - assunto: Finalize sua proposta!

De: no-reply@planium.io

WhatsApp: 11 97536-2494

NOTIFICAÇÃO

Olá, HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA SA!

A Hapvida agradece por ter você conosco.

Uma proposta feita pelo corretor para a empresa foi iniciada e por ser o responsável, você deve dar continuidade ao processo.

Verificar os dados inseridos pelo corretor é muito importante. A proposta só terá continuidade após a confirmação das informações.

ATENÇÃO - Bônus Promocional 20%

Esse bônus é concedido pela Hapvida Notredame, para os Produtos PME, por tempo limitado e não cumulativo, sendo aplicado, mês a mês, da seguinte forma: 1ª a 5ª mensalidade 20% (vinte por cento), dos produtos de assistência médica. A Extinção do Bônus Promocional, automaticamente a partir da 6ª (sexta) parcela (mensalidade)

Clique em [minha proposta](#) e use seu CPF para usuário e a senha R8IzNmKy para se autenticar.

Atenciosamente,
Hapvida

Olá,

Seu corretor A, finalizou uma proposta para a empresa indicado(a) como responsável para dar sequência. Confira os dados e finalize a proposta para que ela possa avançar! ✓

Clique no botão abaixo e use seu CPF e a senha **ryxGVYfk** para se autenticar e continuar.

15:22

[Acessar proposta](#)

**BÔNUS PROMOCIONAL SERÁ
APLICADO CONFORME CAMPANHA
VIGENTE EM CADA PRAÇA/FILIAL.**



Faça login para prosseguir!



CPF

Senha

[Esqueci minha senha](#)
[Trocar senha](#)

ENTRAR

AO CLICAR EM "**MINHA PROPOSTA**" VIA E-MAIL, OU, "**ACESSAR PROPOSTA**" VIA WHATSAPP CONFORME TELA ANTERIOR, O REPRESENTANTE SERÁ REDIRECIONADO À PÁGINA PARA FINALIZAR O PROCESSO.
LOGIN REALIZADO COM CPF E SENHA DESCRITA NA **NOTIFICAÇÃO** RECEBIDA.

ASSINATURA DA PROPOSTA- REPRESENTANTE





Informação sobre a contratação.

A partir de agora você se encontra na Plataforma PLANIUM contratada pela **Hapvida Notredame** para viabilizar a comercialização, contratação e gestão administrativa do seu plano de saúde, e, ao acessar e se cadastrar, você declara ter no mínimo 18 (dezoito) anos bem como atestar ser civilmente capaz para compreender, aceitar e cumprir os termos da sua Proposta de Adesão, e dos documentos inerentes a ela, tais como a Declaração de Saúde, o Contrato, e o Termo de Proteção de Dados Pessoais, mediante seu clique no botão "Eu li e concordo".

Hapvida

Proposta

R\$ 600,49 /mês

Participação: Sim

Beneficiários: 2

Condição comercial:



Empresa contratante.

Dados da empresa contratante

☒ CNPJ* ☐ CMEF*

Razão Social* HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA SA

CNAE* 8610-1/01

Inscrição estadual

Nome fantasia

Nome fantasia

Código de natureza jurídica 2054 Sociedade Anônima Fechada

Data de abertura* 15/05/2023

MEI* ☐ SIM ☒ NÃO

Hapvida

Proposta

R\$ 600,49 /mês

Participação: Sim

Beneficiários: 2

Condição comercial:

20% de desconto da 1 até a 5ª parcela.

Os documentos têm que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (*.jpg, *.jpeg), GIF (*.gif), PNG (*.png), PDF (*.pdf). O tamanho máximo por arquivo é 5 Mbytes para imagens e 20 Mbytes para pdf. Os arquivos que estão com * são obrigatórios para envio.

Tipo de documento: SELECIONE

Arquivo: Seleciona arquivo ou arraste

Nome arquivo	Tipo documento	Ações
image.png	Contrato social ou MEI ou requerimento empresário*	 
image.png	Cartão CNPJ*	 
image.png	E-social, Carteira trabalho, Ficha de registro Ou Contrato Prestador Serviço*	 
image.png	RG/CNH do responsável*	 

☒ Coligados Adicionar empresa coligada * Campos obrigatórios

CNPJ Razão Social Ações

SALVAR

AO REALIZAR O LOGIN, SERÃO EXIBIDAS AS DEMAIS INFORMAÇÕES PARA LEITURA E CONFIRMAÇÃO DOS DADOS RELACIONADOS À EMPRESA, PREENCHIDOS PELA CORRETORA. SE ESTIVEREM CORRETOS, BASTA CLICAR EM "SALVAR".

ASSINATURA DA PROPOSTA- REPRESENTANTE



Hapvida

Sair

Beneficiários. ?

2 a 29 vidas com coparticipação

Adicionar beneficiário titular

Beneficiário	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
		Titular	27	229,38	
		Dependente	36	371,11	

Previsão Adicionar beneficiário titular para adicionar titular. Para dependente prever o associado ao titular.

Clique em para conferir e se necessário modificar os dados cadastrais.

AVANÇAR

OPERADORA

Hapvida

Proposta

R\$ 600,49 /mês

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 2

Condição comercial:

20% de desconto da 1 até a 5ª parcela

FORMA DE PAGAMENTO, PADRÃO BOLETO BACÁRIO, BASTA CLICAR EM "AVANÇAR".

Hapvida

Sair

Forma de pagamento.

Boleto bancário

Boleto será enviado por correio.

AVANÇAR

VOLTAR

OPERADORA

Hapvida

Proposta

R\$ 600,49 /mês

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 2

Condição comercial:

20% de desconto da 1 até a 5ª parcela

ANS nº 368253 ANS nº 359017

NESTA ETAPA, SERÃO CONFIRMADOS OS DADOS E VALORES DOS BENEFICIÁRIOS. SE ESTIVEREM CORRETOS, BASTA CLICAR EM "AVANÇAR".



CNPJ	Razão Social	#B	R\$
		0	0,00

Plano	Acomodação	Registro ANS	#B	R\$
NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC PRM 006	Enfermaria	490121215	2	600,49

Plano	Total Preço	Total Preço com Desconto
NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC PRM 006	R\$ 600,49	R\$ 480,39

Data da proposta:

19/09/2025

CNPJ contratante:

Beneficiários:

2

Valor da contraprestação pecuniária:

R\$ 600,49 /mês

Taxa de implantação:

R\$ 25,00

Coparticipação:

Sim

Visualizar rascunho da proposta.

EM CASO DE DÚVIDA QUANTO AO PLANO OU AO VALOR, ENTRE EM CONTATO COM O SEU CORRETOR

☒ Tem ciência que a presente proposta foi assinada eletronicamente em plataforma de intermédio da corretora de vendas, por meio de login e senha fornecidas ao proponente em e-mail informado por ele para esse fim.

FINALIZAR PROPOSTA

Hapvida

Proposta

R\$ 600,49 /mês

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 2

Condição comercial:

20% de desconto da 1 até a 5ª parcela

APÓS VALIDAR TODAS AS INFORMAÇÕES ANTERIORES, O REPRESENTANTE PODERÁ GERAR UM RASCUNHO DA PROPOSTA E FINALIZAR A ASSINATURA, SELECIONANDO O CAMPO SINALIZADO E CLICANDO EM FINALIZAR PROPOSTA.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

BENEFICIÁRIO (TITULAR)

A man with dark hair, a beard, and glasses is sitting at a white desk in a modern office. He is wearing a dark blue suit jacket over a light-colored button-down shirt. He is looking directly at the camera with a slight smile. His hands are on a silver laptop keyboard. On the desk in front of him are some papers with charts and a black folder. In the background, there is a white shelving unit with binders and a potted plant near a window.

**PORTAL DE
VENDAS**





Assunto: Declaração de saúde

De: vendavarejo@hapvida.com.br



NOTIFICAÇÃO

Olá,

Você tem uma proposta de plano de saúde da Hapvida
Notredame.

A empresa contratante é

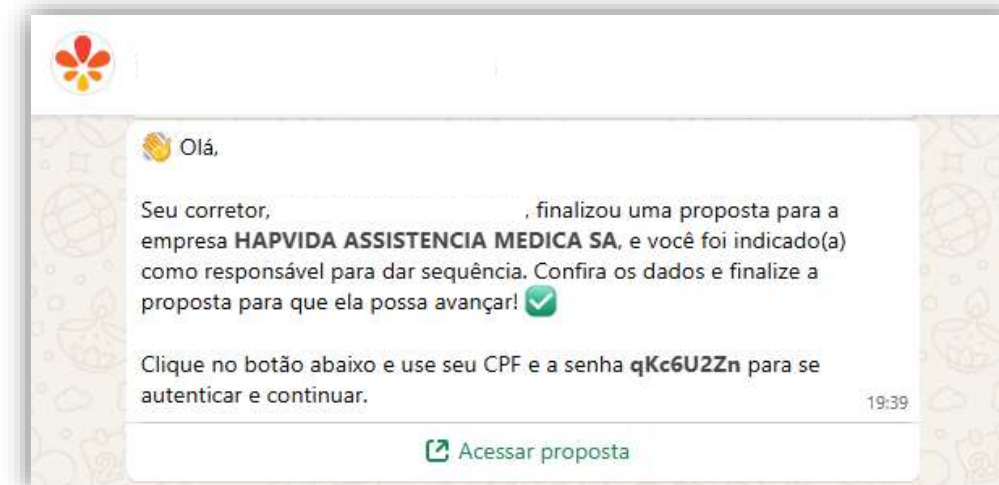
Para a análise da proposta é necessário que você responda um questionário sobre sua saúde. O processo só tem andamento após o recebimento das propostas, por isso é importante que você responda rapidamente.

As respostas são de uso exclusivo da Hapvida Notredame e não podem ser compartilhadas com terceiros.

Para se autenticar, clique em [minha declaração](#) e insira CPF e senha BArEM6dN.

Atenciosamente,
Hapvida

WhatsApp: 11 97536-2494



Após o representante realizar o aceite a proposta de contratação, todos os titulares recebem uma notificação via e-mail e WhatsApp* para responderem a declaração de saúde.



Por favor, entre com seu CPF e senha para o preenchimento da declaração de saúde.

CPF

Senha



[Esqueci minha senha](#)

[Trocar senha](#)

ENTRAR

ANS nº 368253 | ANS nº 359017

AO CLICAR EM "**MINHA DECLARAÇÃO**" VIA E-MAIL, OU, "**ACESSAR PROPOSTA**" VIA WHATSAPP, O TITULAR SERÁ REDIRECIONADO À PÁGINA PARA FINALIZAR O PROCESSO.
LOGIN REALIZADO COM CPF E SENHA DESCRITA NA NOTIFICAÇÃO RECEBIDA.



AO REALIZAR O LOGIN, SERÃO EXIBIDAS AS DEMAIS INFORMAÇÕES PARA LEITURA DAS ORIENTAÇÕES SOBRE A DECLARAÇÃO.





Declaração de saúde.

Leia com atenção o conteúdo da carta de orientação e pressione o botão ao fim da página.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

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

OPERADORA

Hapvida

Proposta

R\$ 600,49 /mês

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 2

Condição comercial:

20% de desconto da 1ª até a 5ª parcela



O BENEFICIÁRIO TITULAR PREENCHE OS DADOS DE PESO E ALTURA, JUNTAMENTE COM AS RESPOSTAS POSITIVAS OU NEGATIVAS COM RELAÇÃO À SUA SAÚDE E DE SEU DEPENDENTE.

Declaração de saúde.

?

No preenchimento desta declaração, o Sr(a) tem as alternativas de ser orientado(a), sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso este em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

1 - Declaro que abri mão do profissional que me foi oferecido para orientação no preenchimento desta Declaração de Saúde, bem como que estou ciente de que a comprovação, no prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, da omissão de fatos ou circunstâncias, que possam ter influído na efetivação da proposta de adesão, caracterizará comportamento fraudulento.

2 - Declaro que fui orientado(a) no preenchimento desta Declaração de Saúde pelo médico credenciado pela operadora.

3 - Declaro que fui orientado(a) no preenchimento desta Declaração de Saúde por um Médico particular.

Beneficiários

Atenção:

Para cada beneficiário é necessário o preenchimento de peso, altura e perguntas da declaração de saúde.

Peso/Altura

Peso (kg)

Altura (m)

IMC: 0,00

OPERADORA

Hapvida

Proposta

R\$ 600,49 /mês

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 2

Condição comercial:

20% de desconto da 1 até a 5ª parcela



TODAS AS PERGUNTAS PRECISAM TER UMA RESPOSTA, COM “SIM” OU “NÃO”, IMPORTANTE DESCREVER OBJETIVAMENTE ANO E O NOME CORRETO DA DOENÇA CASO POSSUIR UMA PATOLOGIA.

The screenshot shows a web application for a health declaration. A modal dialog box is open in the center, displaying the following text:

gndi.test03.planium.io diz

DATA PERGUNTA 6 NÃO PREENCHIDA
DESCRIÇÃO PERGUNTA 6 NÃO PREENCHIDA
DATA PERGUNTA 7 NÃO PREENCHIDA
DESCRIÇÃO PERGUNTA 7 NÃO PREENCHIDA
DATA PERGUNTA 8 NÃO PREENCHIDA
DESCRIÇÃO PERGUNTA 8 NÃO PREENCHIDA
DATA PERGUNTA 9 NÃO PREENCHIDA
DESCRIÇÃO PERGUNTA 9 NÃO PREENCHIDA
DATA PERGUNTA 10 NÃO PREENCHIDA
DESCRIÇÃO PERGUNTA 10 NÃO PREENCHIDA

At the bottom right of the modal is a blue button labeled "OK".

The background form is dimmed and shows several question entries, each with a "Não" (red) and "Sim" (grey) radio button. The last visible question is "23 - Outras doenças não citadas acima." Below the questions, there are two buttons: "VALIDAR" and "PRÓXIMO >". At the very bottom, there is a large brown button labeled "ASSINAR DECLARAÇÃO DE SAÚDE" and a "VOLTAR" link.



APÓS PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE, O BENEFICIÁRIO TITULAR VALIDA AS INFORMAÇÕES DE SI E DO DEPENDENTE E CLICA EM ASSINAR. SE HOUVER O PREENCHIMENTO POSITIVO NA DECLARAÇÃO DE SAÚDE, A PLATAFORMA IRÁ APRESENTAR UM POP-UP COM O **TERMO CPT** PARA MARCAÇÃO DE CIÊNCIA AO CUMPRIMENTO DE CARÊNCIA PARA OS ITENS QUE FORAM DECLARADOS.

gndi.test03.planium.io diz
Sucesso

OK

☒ Não ☐ Sim

☒ Não ☐ Sim

21 - Doenças do sono: distúrbio do sono.

☒ Não ☐ Sim

22 - Portador de obesidade.

☒ Não ☐ Sim

23 - Outras doenças não citadas acima.

☒ Não ☐ Sim

< ANTERIOR VALIDAR

ASSINAR DECLARAÇÃO DE SAÚDE

 **Hapvida** Notre Dame

TERMO DE OFERTA E DE CIÊNCIA DO CUMPRIMENTO DE CPT

Prezado(a) Senhor(a),

De acordo com a(s) Declaração(ões) de Saúde preenchida(s) por V.Sa., restou(ram) declarada(s) para o(s) beneficiário(s) abaixo informado(s), a existência de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) à contratação do plano. Assim, em conformidade com o Art. 6º, § 1º, da RN No. 162/2007, da ANS, a **NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A.**, vem ofertar para o(s) mesmo(s), Cobertura Parcial Temporária – CPT em relação à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s), por um período de 24 (vinte e quatro) meses, contados da data do início de vigência do contrato, ficando V.Sa. e demais beneficiários em CPT, cientes de que a CPT implicará em cirurgias e internações em leitos de alta tecnologia além de PAC (procedimentos de alta complexidade) prevalecendo a classificação do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, vigente na data de solicitação do procedimento. Demais consultas e exames/procedimentos (não inclusos anteriormente- PAC) estarão cobertos pela operadora.

O que é Carência Parcial Temporária (CPT)?

É uma carência aplicada na presença de doença preexistente, que tem a duração de 720 dias (prazo padrão), a partir da data de contratação do plano. Isso implicará na falta de cobertura pela operadora, para todos os Procedimentos de alta complexidade (PAC), internações em leito de alta tecnologia e cirurgias nesse período. Todos relacionados à doença declarada.

O que é Doença ou Lesão Preexistente (DLP)?

É toda doença ou lesão que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador no momento da contratação do plano de saúde. Exemplos de doenças que são declaradas a uma doença preexistente são:

☒ Li e concordo com os termos do contrato

AVANÇAR



CASO O REPRESENTANTE TAMBÉM SEJA O TITULAR DA CONTRATAÇÃO, SERÁ APRESENTADO UM RESUMO DA CONTRATAÇÃO;
CASO NÃO, A ASSINATURA DA DECLARAÇÃO DE SAÚDE SERÁ FINALIZADA NO MOMENTO DO SLIDE ANTERIOR.

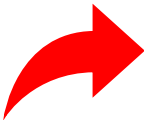
Plano	Total Preço	Total Preço com Desconto
NOSSO PLANO AHO CE GM ENF CC PRM 006	R\$ 600,49	R\$ 480,39

Data da proposta: 18/09/2025
CNPJ contratante: 63.554.067/0045-09
Beneficiários: 2
Valor da contraprestação pecuniária: R\$ 600,49 /mês
Taxa de implantação: R\$ 25,00
Coparticipação: Sim

[Visualizar rascunho da proposta.](#)

EM CASO DE DÚVIDA QUANTO AO PLANO OU AO VALOR, ENTRE EM CONTATO COM O SEU CORRETOR

☐ Tem ciência que a presente proposta foi assinada eletronicamente em plataforma de intermédio da corretora de vendas, por meio de login e senha fornecidas ao proponente em e-mail informado por ele para esse fim.



FINALIZAR PROPOSTA

[VOLTAR](#)

Beneficiários: 2

Condição comercial:

20% de desconto da 1
até a 5ª parcela

IMPORTAÇÃO LAYOUT

SUPER SIMPLES & PME

A man with dark hair, a beard, and glasses is sitting at a white desk in a bright office. He is wearing a dark blue suit jacket over a light-colored button-down shirt. He is looking directly at the camera with a slight smile. His hands are on a silver laptop keyboard. On the desk in front of him are some papers with charts and a black folder. In the background, there is a white shelving unit with binders and a potted plant near a window.

PORTAL DE VENDAS







Sair

Empresa coligada.?

Dados da empresa contratante

CNPJ*

CAEPF*

Razão Social*

Nome fantasia

CNAE*

Código de natureza jurídica

----- CNJ -----

Inscrição estadual

Data de abertura*

Data

MEI*

SIM

NÃO

Endereço da empresa*

CEP*

CEP

Número*

Número

Bairro*

Bairro

Estado*

----- UF -----

Logradouro*

Logradouro

Complemento

Complemento

Cidade*

Cidade

Responsável*

CPF*

CPF

Nome*

Nome

Email*

Confirmação de email*

OPERADORA

Hapvida CCG

Coparticipação: Sim

Beneficiários: 0

MÍNIMO DE 2 VIDAS PARA CADA EMPRESA, MÃE E COLIGADA.
SEM MÍNIMO/MÁXIMO DE COLIGADAS, DESDE QUE RESPEITE O NÚMERO MÍNIMO E MÁXIMO DE VIDAS (2 A 99 VIDAS).



TEMOS UM MODELO ESPECÍFICO DE **LAYOUT** PARA IMPORTAÇÃO DAS VIDAS NA PLATAFORMA, ARQUIVO EM CSV, GERALMENTE É MAIS UTILIZADO NOS CONTRATOS DE 30 A 99 VIDAS, AGILIZANDO O FLUXO DA DIGITAÇÃO DAS VIDAS, PORÉM O MESMO TAMBÉM É VALIDO PARA GRUPOS DE **ATÉ 29 VIDAS**.

IMPORTANTE SE ATENTAR A CLASSIFICAÇÃO DE FORMA CRESCENTE DA **COLUNA C "FAMÍLIA"** LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O GRUPO DE VIDAS COM AS COLIGADAS NA COLUNA A CASO POSSUA.

Beneficiários: ?

30 a 99 vidas com coparticipação

Adicionar beneficiário titular Importação de Layout

Filtre por empresa

TODAS AS EMPRESAS

TODAS AS EMPRESAS

Tipo Idade

	A	B	C	D	E	F
1	CNPJ CONTRATANTE	TIPO_ASSOC	FAMÍLIA	NOME	CPF	NOME_MAE
2	63.554.067/0001-98	0	1	TESTE	123456789101	TESTE
3	63.554.067/0001-98	0	2	TESTE	123456789101	TESTE
4	63.554.067/0001-98	0	3	TESTE	123456789101	TESTE
5	63.554.067/0001-98	0	4	TESTE	123456789101	TESTE
6	63.554.067/0001-98	0	5	TESTE	123456789101	TESTE
7	63.554.067/0001-98	0	6	TESTE	123456789101	TESTE
8	63.554.067/0001-98	0	7	TESTE	123456789101	TESTE
9	63.554.067/0001-98	0	8	TESTE	123456789101	TESTE
10	63.554.067/0001-98	0	9	TESTE	123456789101	TESTE
11	63.554.067/0001-98	0	10	TESTE	123456789101	TESTE
12	44.649.812/0001-38	0	1	TESTE	123456789101	TESTE
13	44.649.812/0001-38	0	2	TESTE	123456789101	TESTE
14	44.649.812/0001-38	0	3	TESTE	123456789101	TESTE
15	44.649.812/0001-38	0	4	TESTE	123456789101	TESTE
16	44.649.812/0001-38	0	5	TESTE	123456789101	TESTE
17	44.649.812/0001-38	0	6	TESTE	123456789101	TESTE
18	44.649.812/0001-38	0	7	TESTE	123456789101	TESTE
19	44.649.812/0001-38	0	8	TESTE	123456789101	TESTE
20	44.649.812/0001-38	0	9	TESTE	123456789101	TESTE
21	44.649.812/0001-38	0	10	TESTE	123456789101	TESTE
22	62.550.256/0001-20	0	1	TESTE	123456789101	TESTE
23	62.550.256/0001-20	0	2	TESTE	123456789101	TESTE
24	62.550.256/0001-20	0	3	TESTE	123456789101	TESTE

< >

IMPORTACAO PLANIUM

DADOS

+

:



ABAIXO O MANUAL COM AS **DESCRIÇÕES DOS CÓDIGOS** A SEREM UTILIZADOS PARA O PREENCHIMENTO DO LAYOUT. OS MESMOS ESTÃO DISPONÍVEIS PARA CONSULTA NO LAYOUT ENCAMINHADO AO TIME COMERCIAL PARA DIVULGAÇÃO.

ESTADO CIVIL => COLUNA H

- 1 => CASADO (A)
- 2 => SOLTEIRO (A)
- 3 => VIÚVO (A)
- 4 => SEPARADO (A)
- 5 => DIVORCIADO (A)
- 6 => OUTROS

PARENTESCO => COLUNA J

- 1 => CONJUGE
- 2 => FILHO (A)
- 3 => PAI/MAE
- 4 => SOGRO (A)
- 9 => CUNHADO
- 10 => IRMAO
- 11 => NETO
- 12 => ENTEADO
- 14 => SOBRINHO
- 16 => GENRO
- 17 => TIO (A)
- 23 => MADRASTA

TIPO DE ASSOCIADO => COLUNA B

- 0 => TITULAR
- 1 => DEPENDENTE

SEXO => COLUNA G

- F => FEMININO
- M => MASCULINO

CARÊNCIA => COLUNA AG

- 1 => CARÊNCIA CONTRATUAL
- 2 => REDUÇÃO DE CARÊNCIA

SÓCIO => COLUNA AH

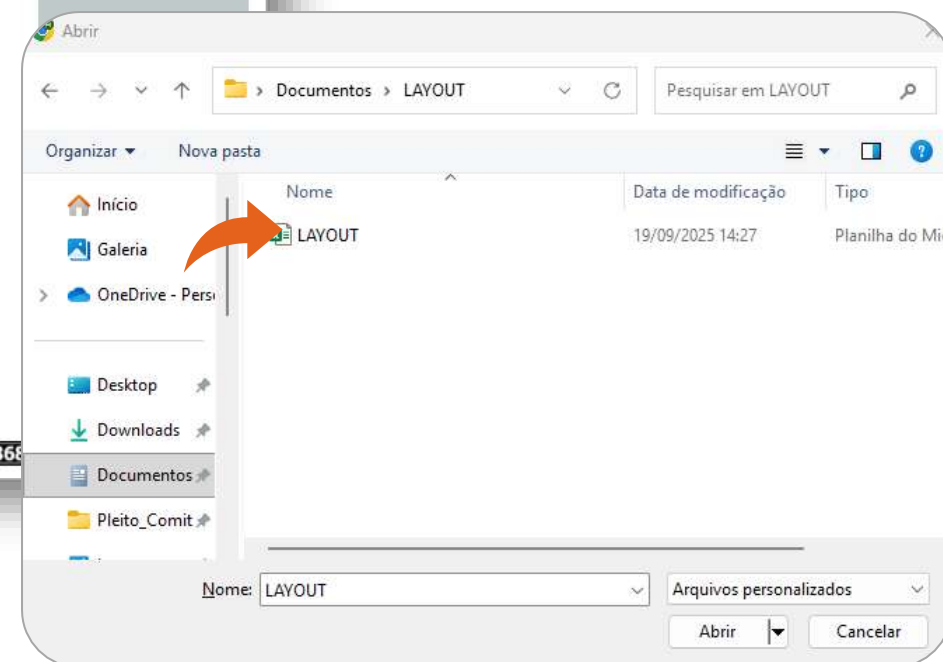
- S => SIM
- N => NÃO

MANUAL IMPORTACAO LAYOUT DADOS - HAPVIDA - PLANIUM	
INTRODUCAO	
Seja bem vindo ao Modelo Layout Importação vidas Sistema WEB HAPVIDA - PME (PLANIUM) - Com este Modelo de excel você pode digitar os dados aqui para posteriormente importar estes dados diretamente no sistema web	
OBS1	ABA TEM QUE TER NOME DADOS
OBS2	HEADER TEM QUE ESTAR NA LINHA UM
OBS3	HEADER NÃO PODE SER MUDADO O NOME
OBS4	NÃO PODE HAVER LINHAS EM BRANCO
OBS5	ORDEM DAS COLUNAS NÃO IMPORTA
OBS6	PODE SER USADO INDEPENDENTE Nº VIDAS
COLUNAS OBRIGATORIAS PARA IMPORTACAO	
TIPO_ASSOC	0 TITULAR, 1 DEPENDENTE
FAMILIA	
NOME	
CPF	TITULAR
DATA_NASCIMENTO	
SEXO	M ou F
CEP	TITULAR
COLUNAS LIDAS SE PREENCHIDAS	
NOME_MAE	
EMAIL	
DATA_ADMISSAO	
REDUCAO_CARENCIA	1 - Carência Contratual e 2 - Com aproveitamento de carência
E_SOCIO	5 ou N
DDD_CELULAR	
CELULAR	
DDD_TELEFONE	TITULAR
TELEFONE	TITULAR
ESTADO_CIVIL	
PARENTESCO	DEPENDENTE
DECL_NASC_VIVO_DNV	DEPENDENTE
CAD_NAC_SAUDE_CNS	
RESPONSAVEL	SE TITULAR < 18
RESPONSAVEL_CPF	SE TITULAR < 18
RESPONSAVEL_EMAIL	SE TITULAR < 18
RESPONSAVEL_NASCIMENTO	SE TITULAR < 18
COD_PLANO	SE FOR VALIDO
LOGRADOURO	TITULAR
NUMERO	TITULAR
COMPLEMENTO	TITULAR



APÓS DIGITAÇÃO DOS DADOS DA EMPRESA NA TELA ANTERIOR, E ANEXAR AS DOCUMENTAÇÕES NECESSÁRIAS, O PROXIMO PASSO É DIGITAR OS DADOS DOS BENEFICIÁRIOS. ONDE AO INVÉS DE CLICAR EM 'ADICIONAR BENEFICIÁRIO TITULAR", CLICANDO EM **IMPORTAÇÃO DE LAYOUT**, IRÁ ACESSAR OS ARQUIVOS DO COMPUTADOR.

AÇÃO: NECESSÁRIO LOCALIZAR O ARQUIVO DEVIDAMENTE PREENCHIDO COM TODOS OS ITENS OBRIGÁTORIOS, E AO CLICAR EM ABRIR, A PLATAFORMA FARA Á LEITURA DAS INFORMAÇÕES.



IMPLANTAÇÃO

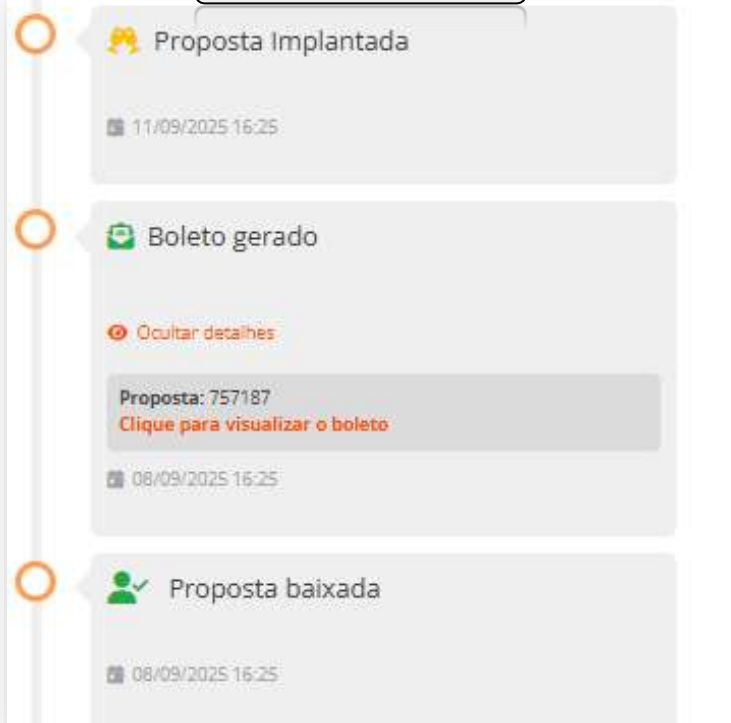
PORTAL DE
VENDAS





STATUS: BOLETO EM ABERTO

 Boleto gerado



STATUS: LIQUIDAÇÃO INFORMADA

 Boleto liquidado



PORTAL DE VENDAS

