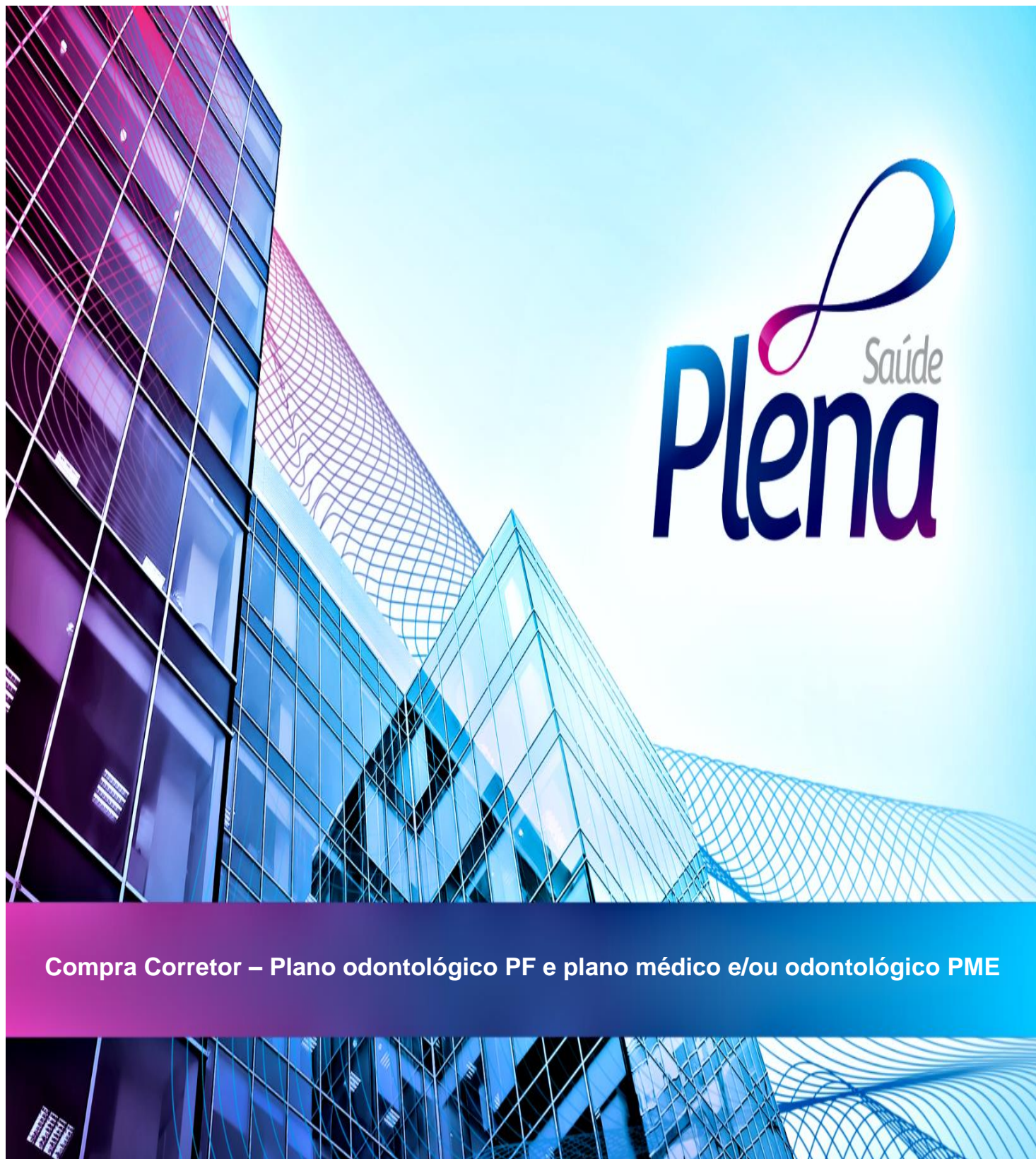




## Procedimento Operacional

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019



**Compra Corretor – Plano odontológico PF e plano médico e/ou odontológico PME**

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

## Sumário

Objetivo .....	3
1. Acesso Corretor .....	4
2. Realizando Compra PME Saúde.....	5
3. Cadastro Empresa .....	8
4. Cadastro de Beneficiários .....	12
5. Cadastro de dependentes .....	14
6. Check List .....	15
7. Notificação Cliente .....	18
8. Acesso Cliente .....	19
9. Declaração de Saúde.....	23
10. E-mail boas-vindas.....	26
11. Boleto.....	27
12. Realizando Compra Odontológica.....	29
13. Dados Cadastrais.....	31
14. Acesso Cliente .....	36
15. Forma Pagamento .....	38
16. 2ºvia boleto site Plena Saúde.....	41

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Objetivo

Este documento tem como objetivo, auxiliar no processo de compra do plano odontológico PF e plano médico e/ou odontológico PME.

O processo de compra é através do site da Plena e posteriormente direcionado para a plataforma da PLANIUM, processo rápido, fácil e ágil.

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### 1. Processo de compra plano PME

#### Acesso Corretor

**Login:** Venda iniciada pelo corretor.



### O que você quer fazer?

[Ver as Vendas →](#)

[Vender →](#)

[Ver os Leads →](#)

[Finalizar Sessão](#)

*Olá, obrigado por escolher a Plena Play para compra de seu plano de saúde.*

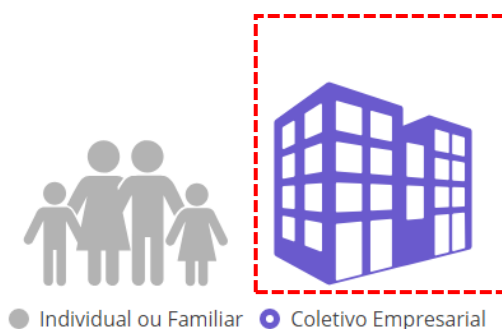
[AVANÇAR](#)

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Realizando a compra

Nesta etapa o corretor escolherá o plano de acordo com o perfil do cliente.

*Você deseja um plano para você ou para sua empresa?*



VOLTAR

Nesta tela o corretor deverá escolher o Estado e a cidade onde reside o cliente. O plano é sempre oferecido com base no endereço fornecido, caso seja endereço fora da área de abrangência, não será possível fazer a contratação do plano.

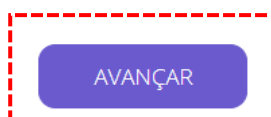
*Informe o local da sua residência.*

Unidade da federação

SP

Qual a sua cidade

Franco da Rocha

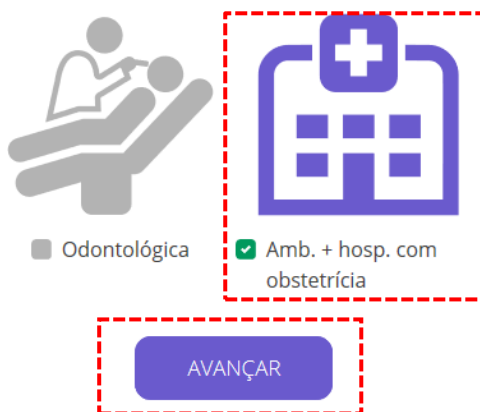


VOLTAR

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Em seguida, escolha se deseja o PME médico ou PME odontológico.

*Que tipo de atendimento você deseja?*



VOLTAR

Nesse campo, o responsável pela contratação escolhe se o funcionário paga parte de sua própria utilização ou não.

*Você deseja pagar parte do custo da utilização do seu plano?*



VOLTAR



<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Nesta etapa o corretor deverá ter conhecimento de quantas pessoas participam do contrato, selecionando o porte que melhor se adequa, o valor do plano será influenciado pelo porte da empresa!

Porte da empresa.



Mais informações x

---

O preço dos planos é influenciado pelo porte da empresa.

Fechar

Defina o porte da empresa

2 a 29 vidas    30 a 99 vidas

SIMULAR

VENDER

É direcionado para o preenchimento da proposta.

VOLTAR

Nesta opção é possível realizar diversas simulações, para obter uma estimativa dos valores.

Este ícone é possível visualizar a tabela de preço referente ao plano selecionado, com descritivo dos valores por faixa etária, área de abrangência e um breve resumo da rede.

Esses são os os planos disponíveis:

Plano	Segmentação	Acom.	Abrangência	ANS	Cop.	
PLENA PLATINUM PJ	Amb. + hosp. com obstetrícia	Enfermaria	Grupo de municípios	473466151	Não	
PLENA OURO	Amb. + hosp. com obstetrícia	Enfermaria	Grupo de municípios	478711171	Não	

Entre com a quantidade de beneficiários por faixa etária para cada plano desejado.

Podem ser atribuído um plano diferente para cada funcionário/sócio. Dependentes seguem o mesmo plano do funcionário/sócio.

Plano	0-18	19-23	24-28	29-33	34-38	39-43	44-48	49-53	54-58	59+
PLENA PLATINUM PJ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLENA OURO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Apagar todos os beneficiários.

Beneficiários: 3  
Valor: R\$ 593,08 / mês

Total do Plano em tempo real

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Cadastro da empresa

Nessa página o corretor preenche todos os dados cadastrais da empresa endereço de cobrança, endereço da empresa, dados do representante, contato e faz upload dos documentos solicitados.

### Dados da empresa contratante!

**Mais informações** x

Uma proposta de tem que ter um "Contratante", um "Titular" e opcionalmente "Dependente(s)".

Se o "Titular" for menor de idade é necessário um "Representante Legal".

O "Contratante" pode ser o "Representante Legal".

O "Contratante" pode ser "Titular".

O "Titular e Dependente(s)" são os beneficiários do plano contratado.

Para informações sobre Redução de carência, [Clique aqui.](#)

**Fechar**

Clique na LUPA para a busca do CNPJ e complementação do cadastro!

Empresa contratante.

#### Dados da empresa contratante

<p>CNPJ*</p> <input type="text" value="00.000.000/0000-00"/>	<p>Razão Social*</p> <input type="text" value="Razão Social *****"/>
<p>CNAE*</p> <input type="text" value="3299-0/05"/>	<p>Código de natureza jurídica</p> <input type="text" value="2135 Empresário (Individual)"/>
<p>Inscrição estadual</p> <input type="text" value="Inscrição estadual"/>	<p>Inscrição municipal</p> <input type="text" value="Inscrição municipal"/>
<p>Data de abertura*</p> <input type="text" value="14/08/2018"/>	<p>MEI* <input checked="" type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO</p>

Situação: **ATIVA**  
Última atualização: 09/05/2019

Através do **Clique aqui**, o beneficiário tem acesso ao Aditivo de Solicitação para Redução de Carência, a mesma é aplicada após análise da documentação que a compõe, carta de permanência no plano anterior ou os três últimos comprovantes de pagamento e carteirinha do



Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Abaixo preenchimento de cobrança e endereço da empresa, quando ambos são os mesmos é necessário apenas “*flagar*” o repetir endereço. O endereço de cobrança já vem preenchido com a informação do endereço vinculado ao CNPJ da empresa.

Para endereços diferentes é necessário o envio dos dois comprovantes.

### Endereço de Cobrança!

#### Endereço de cobrança\*

CEP\*

01.127-000



Número\*

300

Bairro\*

BOM RETIRO

Estado\*

São Paulo

Clique na LUPA para a busca o CEP!

Logradouro\*

R NEWTON PRADO

Complemento

Complemento

Cidade\*

SAO PAULO

Repetir para "Endereço para correspondência"

#### Endereço para correspondência

CEP\*

CEP



Número\*

Número

Bairro\*

Bairro

Estado\*

---- UF ----

Logradouro\*

Logradouro

Complemento

Complemento

Cidade\*

Cidade

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Abaixo preenchimento do representante legal pela contratação do plano, e contato, quando ambos são os mesmos é necessário apenas “*flagar*” o repetir para contato.

### Representante!

#### Representante\*

CPF\*

000.000.000-00

Nome\*

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

email\*

plenasau@plenasau.com.br

Confirmação de email\*

plenasau@plenasau.com.br

Telefone

XX 0000 - 0000

Celular

XX 00000 - 0000

Repetir para Contato

#### Contato

CPF

CPF

Nome\*

Nome

email\*

nome@dominio.tld

Confirmação de email\*

nome@dominio.tld

Telefone

Telefone

Celular

Telefone celular

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Abaixo é obrigatório o envio das documentações vinculados a empresa, documentação faltando não é possível a conclusão da proposta.

### Documentação

Os documentos tem que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (\*.jpg, \*.jpeg), GIF (\*.gif) e PNG (\*.png).  
O tamanho máximo por arquivo é de 3 Mbytes.

Tipo de documento

----- SELECIONE -----

Arquivo de imagem

Selecione arquivo ou arraste

Nome arquivo	Tipo documento	Ações
* Campos obrigatórios		
<div style="display: inline-block; border: 1px solid purple; padding: 5px 15px; background-color: #4a4a9a; color: white;">CADASTRAR</div>		
<p>Tipo de documento</p> <p>----- SELECIONE -----</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>----- SELECIONE -----</li> <li>Contrato social*</li> <li>Cartão CNPJ*</li> <li>Relação FGTS*</li> <li>RG/CNH do responsável*</li> <li>Outros</li> </ul>		

### Ações



#### Visualizar Documento

É possível visualizar o documento inserido.



#### Remover Documento

É possível remover o documento inserido.

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Cadastro de beneficiários

Inicie com o cadastro do titular do plano.

*Beneficiários.*

Acesso ao aditivo para redução de carência!

[Adicionar beneficiário titular +](#)

Beneficiário	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
<p>Pressione <b>Adicionar beneficiário titular</b> para adicionar titular. Para dependente pressione <b>+</b> associado ao titular.</p>					

Em casos onde o titular do plano seja o responsável pela contratação, apenas marque o "flag" abaixo e todas as informações serão preenchidas.

**AVANÇAR**

*Dados cadastrais do Titular*

Acesso ao aditivo para redução de carência!

Dados cadastrais

Sexo\*  Masculino  Feminino

É sócio da empresa\*  SIM  NÃO

CPF\*

Nome completo\*

Email\*

Confirmação do email\*

Data de nascimento\*

Nome da Mãe\*

Telefone\*

Celular\*

Estado civil\*

Nº Cadastro Nacional de Saúde

Naturalidade

Nº do RG

RG Órgão Emissor

RG Data de Emissão

Redução de carência\*

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Preencha o campo de endereço do titular e após o plano vinculado ao mesmo.

☉ Endereço residencial\*

CEP\*

Logradouro\*

Número\*

Complemento

Bairro\*

Cidade\*

Estado\*

Plano\*

- PLANO -----
- PLANO -----
- PLENA PLATINUM PJ (col)
- PLENA OURO (col)

A lista de plano é definida de acordo com o CEP inserido

Fazer upload da documentação vinculada ao titular do plano.

☉ Documentação

Os documentos tem que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (\*.jpg, \*.jpeg), GIF (\*.gif) e PNG (\*.png).  
O tamanho máximo por arquivo é de 3 Mbytes.

Tipo de documento

- SELECIONE -----
- RG/CNH\*
- CPF\*
- Comprovante de residência\*
- Carteira da operadora anterior
- Carta de Permanência
- Três últimos comprovantes de pagamento da operadora anterior

Arquivo de imagem

Ações



<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Cadastro de dependente ou de novos titulares




Preencher todos os campos e realizar o upload dos documentos listados.

*Beneficiários.*

Acesso ao aditivo para redução de carência!



Adicionar beneficiário titular +

Beneficiário	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
XXXXXXXXXXXXXX	000.000.000-00	Titular	39	229,86	  

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

AVANÇAR

Inserir dependente ao titular já cadastrado

*Dados cadastrais de Dependente*

Acesso ao aditivo para redução de carência!



⊙ **Dados cadastrais** (titular: CLEIDE SILVA SANTANA)

Sexo\*  Masculino  Feminino

CPF (maior de 18 anos\*)

000.000.000-00

Nome completo\*

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Email (>18)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Confirmação do email (>18)

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Data de nascimento\*

14/11/2002

Nome da Mãe\*

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Estado civil\*

Solteiro(a)

Grau de parentesco\*

Filho(a)

Nº Cadastro Nacional de Saúde

000 0000 0000 0000

Nº Declaração de Nascido Vivo

DNV

Redução de carência\*

Não

Check List de documentos!

⊙ **Documentação**

Os documentos tem que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (\*.jpg, \*.jpeg), GIF (\*.gif) e PNG (\*.png). O tamanho máximo por arquivo é de 3 Mbytes.

Tipo de documento

----- SELECIONE -----

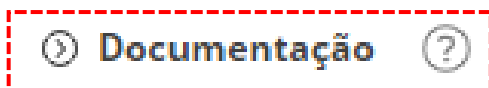
Arquivo de imagem

Selecionar arquivo ou arraste



<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

No ícone abaixo é possível verificar o **Check List** de documentos.



### Check List

Documentos obrigatórios da empresa	PME MÉDICO	PME ODONTO
Contrato Social	SIM	SIM
Cartão CNPJ atual	SIM	SIM
Comprovante de endereço de cobrança	SIM	SIM
RG e CPF do responsável pela contratação	SIM	SIM

Documentos obrigatórios do titular	PME	PME ODONTO	PF ODONTO
CPF (Obrigatório para qualquer idade)	SIM	SIM	SIM
RG ou CNH	SIM	SIM	SIM
Cartão do SUS	SIM	SIM	SIM
Comprovante de vínculo empregatício (FGTS quitado e atualizado, carteira de trabalho ou holerite atualizado). Para funcionários recém-admitidos não relacionados no FGTS, deverá haver uma carta do responsável pela empresa com carimbo e assinatura do mesmo ou reconhecida em cartório.	SIM	SIM	NÃO

Documentos obrigatórios do dependente	PME	PME ODONTO	PF ODONTO
CPF	SIM	SIM	SIM
RG ou CNH	SIM	SIM	SIM
Cartão do SUS	SIM	SIM	SIM
Comprovante de vínculo com o titular	SIM	SIM	NÃO
<b>Companheiro(a)</b>			
Declaração pública de união estável	SIM	SIM	NÃO
<b>Filho(a) adotivo(a)</b>			
Termo de guarda (provisória/definitiva) ou tutela emitido por juiz de direito e certidão de nascimento	SIM	SIM	NÃO
<b>Enteado(a)</b>			
Declaração pública de união estável	SIM	SIM	NÃO

Avaliação médica	PME	PME ODONTO	PF ODONTO
De 0 a 24 meses	SIM	NÃO	NÃO
A partir de 54 anos	SIM	NÃO	NÃO
<b>OBS: PME a partir de 3 vidas não passa em avaliação médica</b>			

Declaração de saúde para PME
<b>Preenchimento:</b>
Nome completo do titular
Assinalar "S" para SIM e "N" para NÃO, nas questões apresentadas (para todos os beneficiários)
Informar peso e altura (para todos os beneficiários)
Caso exista a informação "S" para alguma questão, informar: data, evento, descrição e esclarecimento
Assinatura do beneficiário titular (conforme demais assinaturas da proposta)

**A VIGÊNCIA DOS CONTRATOS COMEÇA 15 DIAS APÓS A ASSINATURA**

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Abaixo cadastro completo de titular e dependente.

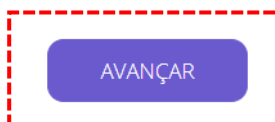
Beneficiários/Pessoas.



[Adicionar beneficiário/pessoa.](#)

Beneficiário / Pessoa	CPF	Tipo	Idade	Valor	Ações
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	000.000.000-00	Contratante/Resp. Fin/Titular	28	25,00	
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	000.000.000-00	Dependente	54	25,00	 

Pressione **Adicionar beneficiário/pessoa** para incluir uma pessoa, o sistema automaticamente identificará o tipo de pessoa a ser cadastrada.



O ícone a seguir



é possível editar informações já cadastradas;

O ícone a seguir



é possível excluir o dependente já cadastrado.

ANOTAÇÕES:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Resumo da contratação.

Plano	Acomodação	Registro ANS	#B	R\$
PLENA OURO	Enfermaria	478711171	2	224,72

Data da proposta: **24/05/2019**  
 CNPJ contratante: **XX.XXX.XXX.XXXX-XX**  
 Beneficiários: **2**  
 Valor total: **R\$ 224,72 /mês**  
 Coparticipação: **Não**  
 Provável vigência: **08/06/2019**

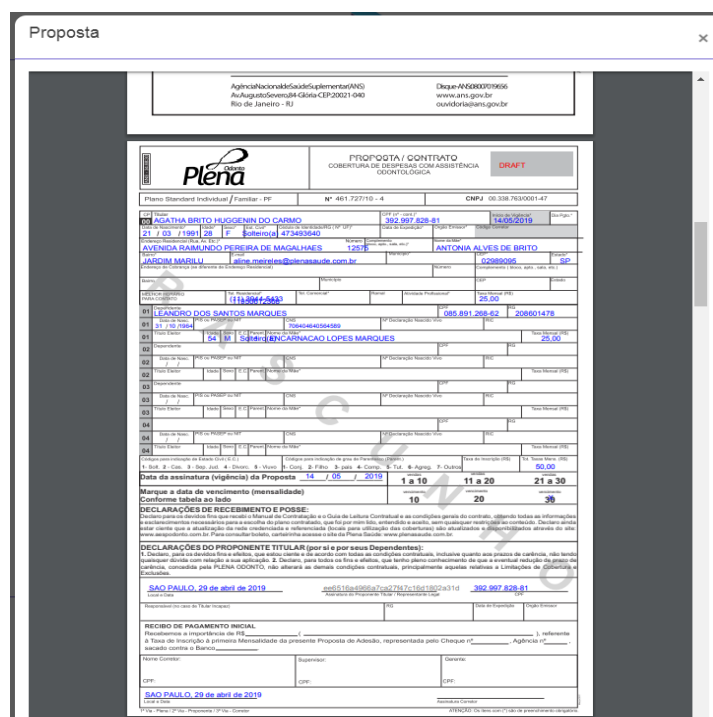
**Informativo da Declaração de Saúde  
recebida via e-mail!**

Alguns beneficiários terão que preencher declaração de saúde enviada por email.

Visualizar rascunho da proposta.

AVANÇAR

Na parte destacada em vermelho, você consegue visualizar o rascunho da proposta, contrato, ficha de inscrição e relação de documentos encaminhados, já preenchidas e com assinatura eletrônica.



**OBS: É extremamente recomendável o download do contrato, porém, não é obrigatório!**

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Ao concluir o cadastro feito pelo corretor, o cliente receberá um e-mail informando o cadastramento da proposta e uma senha para entrar e acompanhar o andamento do processo de análise e também o processo de preenchimento da declaração de saúde.

### NOTIFICAÇÃO

Olá, **XX.XXX.XXX.XXXX-XX**

Obrigado por ter escolhido a Plena Saúde como seu parceiro de saúde.

O corretor **VENDEDOR** iniciou uma proposta para a empresa **CELMO BENEDITO FRANCOZO JUNIOR 38693016865** que indicou você como responsável que deve agora dar continuidade ao processo.

Cliente da continuidade no processo!

É muito importante que você verifique os dados inseridos pelo corretor e finalize a proposta. A proposta só terá andamento após recebermos os dados confirmados por você.

Clique em [minha proposta](#) e use seu CPF para usuário e a senha **JM5OzhUN** para se autenticar.

Atenciosamente,  
Equipe Plena Saúde

Atendimento Exclusivo aos Parceiros

Plena

[vendaonline@plenasaude.com.br](mailto:vendaonline@plenasaude.com.br)

ANS Nº 345678

© 2017 Plena Saúde.  
Todos direitos reservados. Plena Saúde

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Acesso Cliente

Cliente realiza o acesso através do e-mail encaminhando com a senha, conforme página anterior. Nesta etapa é possível alterar a senha ou reencaminha lá para o e-mail.

*Faça login para prosseguir!*

Ajuda x

Para acessar nosso aplicativo, você precisa se autenticar com seu usuário e senha.

[Fechar](#)

CPF

000.000.000-00

Senha

••••••••

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

ENTRAR

Visualizar a senha digitada!

*Esqueceu a senha? Vamos te ajudar!*



CPF

CPF

E-mail

E-mail

[Voltar](#)

RECUPERAR

*Faça login para prosseguir!*



CPF

CPF

Senha

Senha

Nova senha

Senha

Confirmação da senha

Confirmação da senha

Senha tem que atender as seguintes regras:

1. Mínimo de 8 caracteres
2. Pelo menos uma letra maiúscula
3. Pelo menos uma letra minúscula
4. Pelo menos um dígito numérico

[Voltar](#)

TROCAR

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Verificação da documentação da empresa e aceite do contrato.

Empresa contratante.



⊙ **Dados da empresa contratante**

CNPJ\*

XX.XXX.XXX.XXXX-XX

Razão Social\*

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CNAE\*

4930-2/01

Código de natureza jurídica

2135 Empresário (Individual)

Inscrição estadual

Inscrição estadual

Inscrição municipal

Inscrição municipal

Data de abertura\*

25/09/2012

MEI\*  SIM  NÃO

⊙ **Endereço de cobrança\***

CEP\*

XXXXXXXXXXXX

Logradouro\*

XXXXXXXXXXXXXXXX

Número\*

192

Complemento

Complemento

Bairro\*

JARDIM MARILU

Cidade\*

SAO PAULO

OPERADORA

PLENA SAÚDE

Proposta

R\$ 224,72 /mês

Coparticipação: Não

Beneficiários: 2

⊙ **Documentação**

Os documentos tem que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (\*.jpg, \*.jpeg), GIF (\*.gif) e PNG (\*.png).  
O tamanho máximo por arquivo é de 3 Mbytes.

Tipo de documento

Arquivo de imagem











----- SELECIONE -----

Selecione arquivo ou arraste

Nome arquivo

Tipo documento

Ações

Praia-Barra-do-Cahy010.jpg	Contrato social*	 
fb-praia-do-cedro.jpg	Cartão CNPJ*	 
Melhores-Praias-do-Rio-Grande-do-Norte-RN-Natal-2.jpg	RG/CNH do responsável*	 
Melhores-Praias-do-Rio-Grande-do-Norte-RN-Natal-2.jpg	CPF do responsável*	 
Praia-Barra-do-Cahy010.jpg	Contrato social*	 

\* Campos obrigatórios

SALVAR



## Procedimento Operacional

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019


Verificação da documentação do titular e dependente cadastrado.


Beneficiários.



Adicionar beneficiário titular +


Beneficiário	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	000.000.000-00	Titular	34	141,32	  
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	000.000.000-00	Dependente	5	83,40	 

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

Resumo da contratação.

Plano	Acomodação	Registro ANS	#B	R\$
PLENA OURO	Enfermaria	478711171	2	224,72 

Data da proposta: **24/05/2019**

CNPJ contratante: **XX.XXX.XXX.XXXX-XX**

Beneficiários: **2**

Valor total: **R\$ 224,72 /mês**

Coparticipação: **Não**

Provável vigência: **08/06/2019**

Alguns beneficiários terão que preencher declaração de saúde enviada por email.

[Visualizar rascunho da proposta.](#)

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

AVANÇAR

Proposta recebida com  
sucesso!

VOLTAR

A proposta esta sendo processada. O andamento da proposta será informado por email.

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Após a validação da documentação vinculada ao contrato e o preenchimento dos formulários, o cliente recebe em seu e-mail, outra senha para acesso a declaração de saúde.

## NOTIFICAÇÃO

Olá, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Você foi incluído(a) em uma proposta de plano de saúde da Plena Saúde.

A empresa contratante é XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
000.000.000-00

Para que a proposta seja analisada é necessário responder um questionário a respeito da sua saúde.

É muito importante que você responda todas as perguntas o mais rápido possível. A proposta só terá adamento após recebermos as respostas de todos os beneficiários.

As respostas são de uso exclusivo da Plena Saúde e não são compartilhadas com terceiros.

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

Atenciosamente,  
Equipe Plena Saúde

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Carta de orientação ao beneficiário

*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 um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc.)\* EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

#### AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui 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.

LI E ESTOU CIENTE

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Declaração de Saúde

⊙ Declaração de saúde.

**Atenção:** Para todas as respostas "Sim" é necessário informar o ano em que a doença/cirurgia foi identificada/executada e descrever detalhes do procedimento

1 - ENCONTRA-SE, NO MOMENTO, AFASTADO DO TRABALHO?

ISIS NASCIMENTO LEMOS

Não  Sim

INACIO LEMOS FRANCOZO

Não  Sim

2 - PROBLEMAS DO CORAÇÃO (INFARTO, INSUFICIÊNCIA CARDIACA, ANGINA, ARRITIMIAS, ETC)

ISIS NASCIMENTO LEMOS

Não  Sim

INACIO LEMOS FRANCOZO

Não  Sim

3 - PROBLEMAS CIRCULATORIOS (PRESSÃO ALTA, VARIZES, TROMBOSE, ANEURISMA, ETC)

ISIS NASCIMENTO LEMOS

Não  Sim

INACIO LEMOS FRANCOZO

Não  Sim

No preenchimento, se houver algum item em que a resposta for positiva, o cliente precisa também informar a descrição e data do corrido!

4 - PROBLEMAS NEUROLÓGICOS (DERRAMES, ANEURISMA, DORES DE CABEÇA, DESMAIOS, CONVULSÕES, EPILEPSIA, PARALISIAS, ENXAQUECAS, ETC)

ISIS NASCIMENTO LEMOS

Não  Sim

INACIO LEMOS FRANCOZO

Não  Sim

5 - PROBLEMAS DE RINS (PEDRAS, INSUFICIÊNCIA RENAL, CÓLICAS RENAI, NEFRITE, NEFROSE, ETC)

ISIS NASCIMENTO LEMOS

Não  Sim

INACIO LEMOS FRANCOZO

Não  Sim

6 - PROBLEMAS DE PULMÃO (ASMA, BRONQUITE, DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA-DPOC, ENFISEMA, ETC)

ISIS NASCIMENTO LEMOS

Não  Sim

Ao pressionar enviar estou assinando esta declaração de saúde.

ENVIAR

VOLTAR

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Após a confirmação dos dados, é enviado um e-mail informando que a proposta foi recepcionada com sucesso e está em análise. Assim que for analisada e liberada, receberá outro e-mail de boas-vindas e já estará disponível para o cliente o acesso ao site Pela Saúde para fazer o login e posteriormente retirada do boleto.

## PROPOSTA

**Oiá, CELMO BENEDITO FRANCOZO JUNIOR!**

Obrigado por ter escolhido a Plena Saúde como seu parceiro de saúde.

A proposta **8815587075980504** para a empresa xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx 000.000.000-00 foi recepcionada com sucesso e  
está em análise.

Clique [aqui](#) para acompanhar a proposta.

Atenciosamente,  
Equipe Plena Saúde

Qualquer tipo de pendência será notificada através do e-mail e ficará na linha do tempo da proposta. Quando o cliente ou corretor sanar a pendência, a operadora receberá um alerta para dar continuidade no processo.

48hrs para resolução das pendências, após, o contrato é cancelado.

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Boas vindas



## Bem-vindo à Plena Saúde

Sua saúde está em boas mãos

Aproveite as vantagens do seu plano!

#### Para Empresa

Acesso através do site [www.plenasaude.com.br](http://www.plenasaude.com.br), perfil empresa com login e senha:

- Demonstrativo de pagamento
- Faturas
- Gestão de beneficiários
- Relatórios gerenciais
- Mensagem e notícias
- Carteirinha on-line



Baixe nosso app nas plataformas:



#### Para Colaborador:

- Abertura de chamado
- Agenda on-line
- Anotações e lembretes
- Canais de contato saúde
- Carteirinha Virtual
- Exames Imagem
- Exames Laboratório
- Mensagens e Notícias
- Rede Credenciada
- Requisitar Autorização

E você não precisa carregar a carteirinha com você. Ela está disponível on-line através do aplicativo, basta apresentá-la ao chegar no local de atendimento.



**Contato:**  
4445-9080  
[vendaonline@plenasaude.com.br](mailto:vendaonline@plenasaude.com.br)

[www.plenasaude.com.br](http://www.plenasaude.com.br)

0800-11.800.0



## Bem-vindo à Plena Odonto

Sua saúde bucal está em boas mãos

Aproveite as vantagens do seu plano!

Atendimento em todo o território nacional com mais de 5.000 clínicas conveniadas

#### Para Empresa

Acesso através do site [www.plenasaude.com.br](http://www.plenasaude.com.br), perfil empresa com login e senha:

- Demonstrativo de pagamento
- Faturas
- Gestão de beneficiários
- Relatórios gerenciais
- Mensagem e notícias
- Carteirinha on-line



Baixe nosso app nas plataformas:



#### Para Colaborador:

- Carteirinha virtual
- Abertura de chamado
- Mensagens e Notícias
- Rede Credenciada Odonto
- Lembretes e agendamentos

E você não precisa carregar a carteirinha com você. Ela está disponível on-line através do aplicativo, basta apresentá-la ao chegar no local de atendimento.



**Contato para vendas:**  
4445-9080  
[vendaonline@plenasaude.com.br](mailto:vendaonline@plenasaude.com.br)  
**Rede Credenciada AESP:**  
11 2813-5656 | 0800-772-0161

[www.plenasaude.com.br](http://www.plenasaude.com.br)

0800-11.800.0



<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Boleto site Plena Saúde

Após o e-mail com o folder de boas-vindas, o cliente tem acesso ao boleto através do site da Plena, inserido o CNPJ.

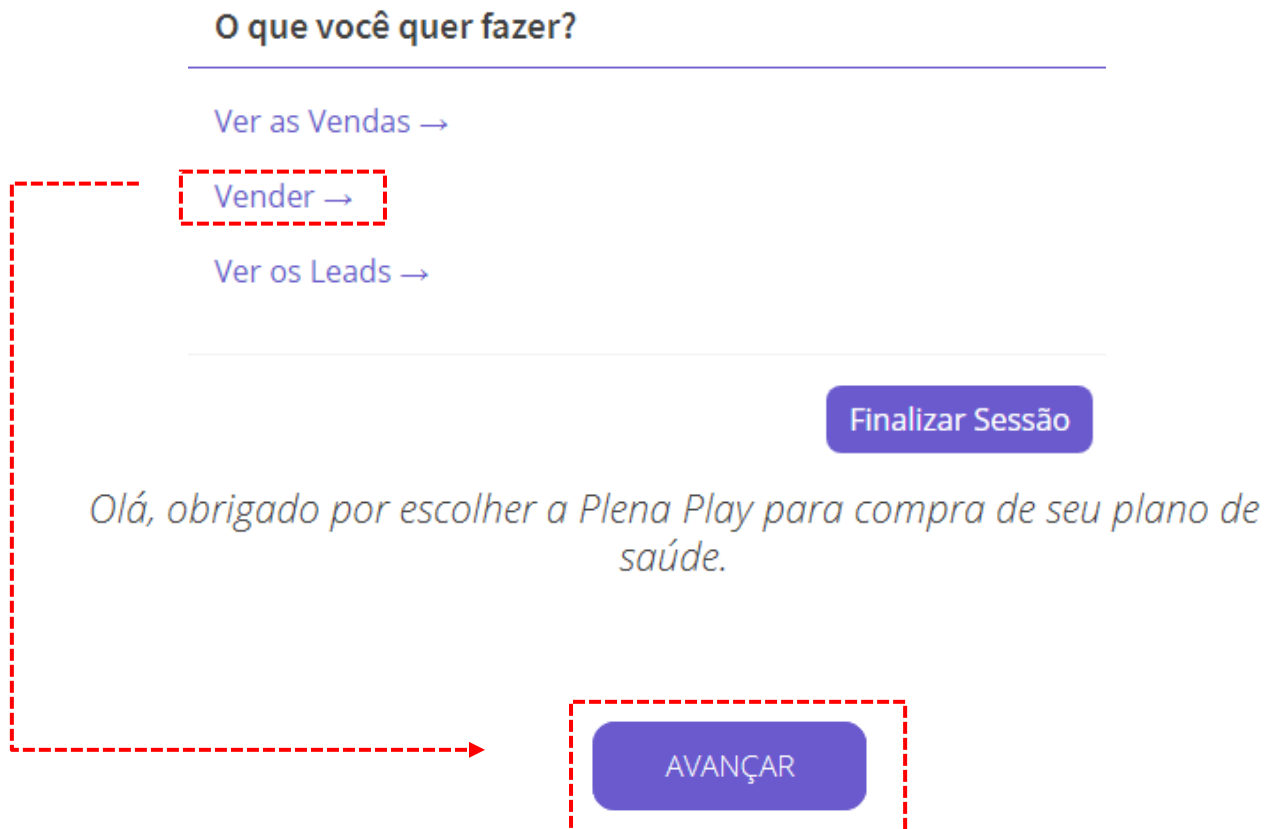


The screenshot shows the Plena Saúde website interface. At the top, there is a navigation bar with several menu items: '2ª via de boleto', '2ª via carteirinha', 'Agendamento Web', 'Venda Online', 'Contratos RN-309', 'Trabalhe conosco', and 'Pesquisa de Satisfação 2019'. Below this is the Plena Saúde logo and a search bar. The main navigation menu includes: 'BENEFICIÁRIO', 'CREDENCIADO', 'EMPRESA', 'COLABORADOR', 'SERVIÇOS EXCLUSIVOS', 'PLANOS', 'REDE CREDENCIADA', 'PARCEIROS', 'ODONTO', 'NOTÍCIAS', 'DEPOIMENTOS', 'PREVENÇÃO', and 'CORRETOR'. A red dashed box highlights the '2ª via de boleto' menu item. Below the navigation menu, there are two buttons: '2ª VIA DO BOLETO SAÚDE' (highlighted with a red dashed box) and '2ª VIA DO BOLETO ODONTO'. An arrow points from the highlighted button to a login form titled 'Informe o CPF/CNPJ ou Carteirainha'. The form has two input fields: 'Informe seu CPF/CNPJ' (highlighted with a red dashed box) and 'Número Carteirainha'. Below the input fields is an 'Entrar' button.

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

## 2. Processo de compra login - Odontológico

**Login:** Venda iniciada pelo corretor.

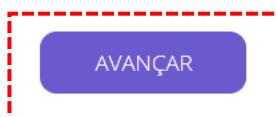
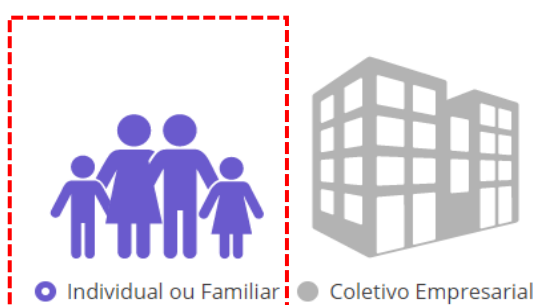


Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Realizando a compra

Nesta etapa o corretor escolherá o plano de acordo com o perfil do cliente.

*Você deseja um plano para você ou para sua empresa?*



VOLTAR

Nesta tela o corretor deverá escolher o Estado e a cidade onde reside o cliente. O plano é sempre oferecido com base no endereço fornecido, caso seja endereço fora da área de abrangência, não será possível fazer a contratação do plano.

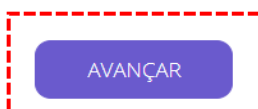
*Informe o local da sua residência.*

Unidade da federação

SP

Qual a sua cidade

Franco da Rocha



VOLTAR

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Selecione a quantia de pessoas que faram parte do contrato.

*Esses são os os planos disponíveis:*

Quantidade de beneficiários

3 beneficiários

AVANÇAR

VOLTAR

Plano disponível de acordo com o filtro selecionado nas telas anteriores.

*Esses são os os planos disponíveis:*



É possível visualizar o contrato em formato lista ou grade!

+ DETALHES

**STANDARD INDIVIDUAL PF**

**R\$ 75,00 /mês**

Segmentação: Odontológica  
 Acomodação: Odontológica  
 Abrangência: Grupo de municípios  
 Coparticipação: Não  
 Beneficiários: 3

ANS nº - 461727104

CONTRATAR



Plano	Segmentação Acom.	Abrangência	ANS nº	Cop. R\$ /mês	
STANDARD INDIVIDUAL PF	Odontológica	Odontológica	Grupo de municípios	461727104	Não 75,00

CONTRATAR



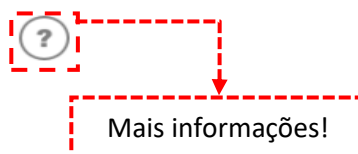
Visualização da tabela de preço referente ao plano selecionado e área de abrangência e um breve resumo da rede.

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Dados Cadastrais do contratante, beneficiários e responsável financeiro

No próximo passo, preencha todos os dados cadastrais do contratante e, se for o titular e responsável financeiro, clique nas opções demarcadas abaixo, quando forem pessoas diferentes serão abertas outras telas para preenchimento de acordo com a opção escolhida.

Dados cadastrais do Contratante



#### ⊙ Dados cadastrais

Contratante é titular

Contratante é o responsável financeiro

Sexo\*  Masculino  Feminino

CPF\*

CPF

Nome completo\*

Nome completo

E-mail\*

nome@dominio.tld

Confirmação do email\*

nome@dominio.tld

Data de nascimento\*

Nome da Mãe\*

Nome da mãe

Nome do Pai

Nome do pai

Telefone fixo

telefone

Telefone celular\*

celular

Estado civil\*

Solteiro(a)

Nº Cadastro Nacional de Saúde\*

CNS

Nº do RG

Nº do RG

Operadora anterior

Operadora anterior

#### ⊙ Documentação

Check List de documentos!

Remover documentos.

Os documentos tem que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (\*.jpg, \*.jpeg), GIF (\*.gif) e PNG (\*.png). O tamanho máximo por arquivo é de 3 Mbytes.

Tipo de documento

----- SELECIONE -----

Arquivo de imagem

Nome arquivo

fb-praia-do-cedro.jpg

Tipo documento

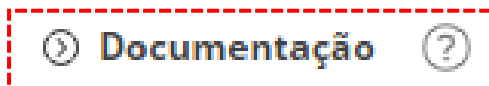
RG/CNH\*

Ações

Visualizar documentos.

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

No ícone abaixo é possível verificar o **Check List** de documentos.



### Check List

Documentos obrigatórios da empresa	PME MÉDICO	PME ODONTO
Contrato Social	SIM	SIM
Cartão CNPJ atual	SIM	SIM
Comprovante de endereço de cobrança	SIM	SIM
RG e CPF do responsável pela contratação	SIM	SIM

Documentos obrigatórios do titular	PME	PME ODONTO	PF ODONTO
CPF (Obrigatório para qualquer idade)	SIM	SIM	SIM
RG ou CNH	SIM	SIM	SIM
Cartão do SUS	SIM	SIM	SIM
Comprovante de vínculo empregatício (FGTS quitado e atualizado, carteira de trabalho ou holerite atualizado). Para funcionários recém-admitidos não relacionados no FGTS, deverá haver uma carta do responsável pela empresa com carimbo e assinatura do mesmo ou reconhecida em cartório.	SIM	SIM	NÃO

Documentos obrigatórios do dependente	PME	PME ODONTO	PF ODONTO
CPF	SIM	SIM	SIM
RG ou CNH	SIM	SIM	SIM
Cartão do SUS	SIM	SIM	SIM
Comprovante de vínculo com o titular	SIM	SIM	NÃO
<b>Companheiro(a)</b>			
Declaração pública de união estável	SIM	SIM	NÃO
<b>Filho(a) adotivo(a)</b>			
Termo de guarda (provisória/definitiva) ou tutela emitido por juiz de direito e certidão de nascimento	SIM	SIM	NÃO
<b>Enteado(a)</b>			
Declaração pública de união estável	SIM	SIM	NÃO

Avaliação médica	PME	PME ODONTO	PF ODONTO
De 0 a 24 meses	SIM	NÃO	NÃO
A partir de 54 anos	SIM	NÃO	NÃO
<b>OBS: PME a partir de 3 vidas não passa em avaliação médica</b>			

Declaração de saúde para PME
<b>Preenchimento:</b>
Nome completo do titular
Assinalar "S" para SIM e "N" para NÃO, nas questões apresentadas (para todos os beneficiários)
Informar peso e altura (para todos os beneficiários)
Caso exista a informação "S" para alguma questão, informar: data, evento, descrição e esclarecimento
Assinatura do beneficiário titular (conforme demais assinaturas da proposta)


**A VIGÊNCIA DOS CONTRATOS COMEÇA 15 DIAS APÓS A ASSINATURA**




<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019


Abaixo cadastro do titular, nesta fase é possível vincular dependentes e realizar o upload dos documentos listados.

### Beneficiários/Pessoas.

**Adicionar beneficiário/pessoa** 

Beneficiário / Pessoa	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX	Contratante/Resp. Fin/Titular	42	25,00	

Pressione **Adicionar beneficiário/pessoa** para incluir uma pessoa, o sistema automaticamente identificará o tipo de pessoa a ser cadastrada.

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

**AVANÇAR**

**Mais informações!**

**Editar informações!**

**Insertir dependente ao titular já cadastrado.**

### Dados cadastrais de Dependente

**Dados cadastrais**

Sexo\*  Masculino  Feminino

CPF\*

Nome completo\*

E-mail\*

Confirmação do email\*

Data de nascimento\*

Nome da Mãe\*

Nome do Pai\*







Telefone fixo

**Documentação**

Os documentos tem que estar em um dos seguintes formatos: JPEG (\*.jpg, \*.jpeg), GIF (\*.gif) e PNG (\*.png). O tamanho máximo por arquivo é de 3 Mbytes.

Tipo de documento

Arquivo de imagem

Nome arquivo	Tipo documento	Ações
AESP ODONTO (ONIX) (2).jpg	CPF*	 
email_odonto_AMOSTRA3.jpg	RG/CNH (se maior de idade)*	 
AESP ODONTO (ONIX) (2).jpg	Comprovante de residência*	 

\* Campos obrigatórios

**CADASTRAR**

**Remove documentos.**

**Visualizar documentos.**

**Mais informações!**

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Na parte destacada em vermelho, você consegue visualizar o rascunho da proposta, contrato, ficha de inscrição e relação de documentos encaminhados, já preenchidas e com assinatura eletrônica.

### Resumo da contratação.

Data da proposta: **27/05/2019**  
 CPF contratante: **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**  
 Tipo: **Individual ou Familiar**  
 Plano: **STANDARD INDIVIDUAL PF**  
 Registro ANS: **461727104**  
 Acomodação: **Odontológica**  
 Coparticipação: **Não**  
 Segmentação: **Odontológica**  
 Abrangência: **Grupo de municípios**  
 Beneficiários: **2**  
 Valor total: **R\$ 50,00 /mês**  
 Provável vigência: **11/06/2019**

Visualizar o rascunho da proposta.

Visualizar rascunho da proposta.

AVANÇAR

VOLTAR

OBS: É extremamente recomendável o download do contrato, porém, não é obrigatório!

		<b>PROPOSTA / CONTRATO</b> COBERTURA DE DESPESAS COM ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA		<b>DRAFT</b>
Plano Standard Individual / Familiar - PF		Nº 461.727/10 - 4		CNPJ 00.338.763/0001-47
CPF Titular <b>00 KELLY BENOSKI</b>	CPF nº - cont. <b>313.175.838-41</b>	Início da Vigência <b>11/06/2019</b>		Des. Plan. <b>11/06/2019</b>
Data de Nascimento <b>01 / 07 / 1976 42</b>	Sexo <b>F</b>	Estado Civil <b>So</b>	Cópia de Identificação (RG, CNH, etc.) <b>07</b>	
Endereço Residência (Rua, Av, etc.) <b>RUA RUBINEIA</b>		Número <b>07</b>	Nome do Titular <b>GLEICE PEREIRA DA ROCHA BENOSKI</b>	
E-mail <b>JARDIM SYDNEY</b>		E-mail <b>aline.meireis@plenasaude.com.br</b>		Telefone <b>02822030</b>
Endereço da Clínica (se diferente do endereço residencial) <b>Medição: 19760000</b>				
Bem: <b>POSTA COBERTA</b>		Município <b>(11) 3944-5433</b>	CEP <b>(11) 95061-2368</b>	Estado <b>25,00</b>
Médico Responsável <b>CICERO CARLOS DOS SANTOS</b>		Nº. Registro <b>200.903.068-05</b>	Nº. Declaração <b>290293236</b>	RG <b>25,00</b>
Data de Nascimento <b>27 / 11 / 1976</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>Sq</b>	Nome da Mãe <b>MARINETE ANANIAS DOS SANTOS</b>	Taxa Mensal (R\$) <b>25,00</b>
Dependente <b>02</b>				
Data de Nascimento <b>02</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>Sq</b>	Nome da Mãe <b>MARINETE ANANIAS DOS SANTOS</b>	Taxa Mensal (R\$) <b>25,00</b>
Dependente <b>03</b>				
Data de Nascimento <b>03</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>Sq</b>	Nome da Mãe <b>MARINETE ANANIAS DOS SANTOS</b>	Taxa Mensal (R\$) <b>25,00</b>
Dependente <b>04</b>				
Data de Nascimento <b>04</b>	Sexo <b>M</b>	Estado Civil <b>Sq</b>	Nome da Mãe <b>MARINETE ANANIAS DOS SANTOS</b>	Taxa Mensal (R\$) <b>25,00</b>
Dependente <b>05</b>				
Dependente <b>06</b>				
Dependente <b>07</b>				
Dependente <b>08</b>				
Dependente <b>09</b>				
Dependente <b>10</b>				
Dependente <b>11</b>				
Dependente <b>12</b>				
Dependente <b>13</b>				
Dependente <b>14</b>				
Dependente <b>15</b>				
Dependente <b>16</b>				
Dependente <b>17</b>				
Dependente <b>18</b>				
Dependente <b>19</b>				
Dependente <b>20</b>				
Dependente <b>21</b>				
Dependente <b>22</b>				
Dependente <b>23</b>				
Dependente <b>24</b>				
Dependente <b>25</b>				
Dependente <b>26</b>				
Dependente <b>27</b>				
Dependente <b>28</b>				
Dependente <b>29</b>				
Dependente <b>30</b>				
Dependente <b>31</b>				
Dependente <b>32</b>				
Dependente <b>33</b>				
Dependente <b>34</b>				
Dependente <b>35</b>				
Dependente <b>36</b>				
Dependente <b>37</b>				
Dependente <b>38</b>				
Dependente <b>39</b>				
Dependente <b>40</b>				
Dependente <b>41</b>				
Dependente <b>42</b>				
Dependente <b>43</b>				
Dependente <b>44</b>				
Dependente <b>45</b>				
Dependente <b>46</b>				
Dependente <b>47</b>				
Dependente <b>48</b>				
Dependente <b>49</b>				
Dependente <b>50</b>				
Dependente <b>51</b>				
Dependente <b>52</b>				
Dependente <b>53</b>				
Dependente <b>54</b>				
Dependente <b>55</b>				
Dependente <b>56</b>				
Dependente <b>57</b>				
Dependente <b>58</b>				
Dependente <b>59</b>				
Dependente <b>60</b>				
Dependente <b>61</b>				
Dependente <b>62</b>				
Dependente <b>63</b>				
Dependente <b>64</b>				
Dependente <b>65</b>				
Dependente <b>66</b>				
Dependente <b>67</b>				
Dependente <b>68</b>				
Dependente <b>69</b>				
Dependente <b>70</b>				
Dependente <b>71</b>				
Dependente <b>72</b>				
Dependente <b>73</b>				
Dependente <b>74</b>				
Dependente <b>75</b>				
Dependente <b>76</b>				
Dependente <b>77</b>				
Dependente <b>78</b>				
Dependente <b>79</b>				
Dependente <b>80</b>				
Dependente <b>81</b>				
Dependente <b>82</b>				
Dependente <b>83</b>				
Dependente <b>84</b>				
Dependente <b>85</b>				
Dependente <b>86</b>				
Dependente <b>87</b>				
Dependente <b>88</b>				
Dependente <b>89</b>				
Dependente <b>90</b>				
Dependente <b>91</b>				
Dependente <b>92</b>				
Dependente <b>93</b>				
Dependente <b>94</b>				
Dependente <b>95</b>				
Dependente <b>96</b>				
Dependente <b>97</b>				
Dependente <b>98</b>				
Dependente <b>99</b>				
Dependente <b>100</b>				

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Ao concluir o cadastro feito pelo corretor, o cliente receberá um e-mail informando o cadastramento da proposta e uma senha para acesso.

Olá, xxxxxxxxxxxx !

Obrigado por ter escolhido a Plena Saúde como seu parceiro de saúde.

Seu corretor **VENDEDOR** fez seu cadastro e iniciou uma proposta que você pode agora dar continuidade e finalizá-la.

Cliente dá continuidade no processo!

É muito importante que você verifique os dados inseridos pelo corretor e finalize a proposta. A proposta só terá adamento após recebermos os dados confirmados por você.

Clique em [minha proposta](#) e use seu CPF para usuário e a senha **PyWUtGF9** para se autenticar.

Atenciosamente,  
Equipe Plena Saúde

Atendimento Exclusivo aos Parceiros  
Plena

vendaonline@plensaude.com.br

ANS Nº 345678

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Acesso Cliente

Cliente realiza o acesso através do e-mail encaminhando com a senha, conforme página anterior. Nesta etapa é possível alterar a senha ou reencaminha lá para o e-mail.

*Faça login para prosseguir!*

Ajuda x

Para acessar nosso aplicativo, você precisa se autenticar com seu usuário e senha.

[Fechar](#)

CPF

000.000.000-00

Senha

••••••••

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

ENTRAR

Visualizar a senha digitada!

*Esqueceu a senha? Vamos te ajudar!*

*Faça login para prosseguir!*

CPF

CPF

E-mail

E-mail

[Voltar](#)

[RECUPERAR](#)

CPF

CPF

Senha

Senha

Nova senha

Senha

Confirmação da senha

Confirmação da senha

Senha tem que atender as seguintes regras:


1. Mínimo de 8 caracteres
2. Pelo menos uma letra maiúscula
3. Pelo menos uma letra minúscula
4. Pelo menos um dígito numérico

[Voltar](#)

[TROCAR](#)

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019


Verificação da documentação do titular(es) e dependente(s) cadastrado e após o aceite da proposta.


Beneficiários/Pessoas. 

Adicionar beneficiário/pessoa 

Beneficiário / Pessoa	CPF	Tipo	Idade	R\$	Ações
XXXXXXXXXXXXXX	000.000.000-00	Contratante/Resp. Fin/Titular	42	25,00	
XXXXXXXXXXXXXX	000.000.000-00	Dependente	42	25,00	 


Pressione **Adicionar beneficiário/pessoa** para incluir uma pessoa, o sistema automaticamente identificará o tipo de pessoa a ser cadastrada.

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

Remove documentos. 

AVANÇAR

Resumo da contratação.

Visualizar o rascunho da proposta. 

Data da proposta: **27/05/2019**  
 CPF contratante: **000.000.000-00**  
 Tipo: **Individual ou Familiar**  
 Plano: **STANDARD INDIVIDUAL PF**  
 Registro ANS: **461727104**  
 Acomodação: **Odontológica**  
 Coparticipação: **Não**  
 Segmentação: **Odontológica**  
 Abrangência: **Grupo de municípios**  
 Beneficiários: **2**  
 Valor total: **R\$ 50,00 /mês**  
 Provável vigência: **11/06/2019**

Visualizar rascunho da proposta. 

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

AVANÇAR

VOLTAR

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Forma de pagamento

O cliente escolhe a opção de pagamento, inicialmente estamos trabalhando apenas com o boleto, encaminhado posteriormente para pagamento.

*Forma de pagamento.*

Boletos serão enviados por email.

Email para recebimento de boleto

Confirmação do email

ENVIAR PROPOSTA

VOLTAR

*Proposta recebida com sucesso!*

A proposta esta sendo processada. O andamento da proposta será informado por email.

Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Após a confirmação dos dados, é enviado um e-mail informando que a proposta foi recepcionada com sucesso e está em análise. Assim que for analisada e liberada, receberá outro e-mail de boas-vindas e já estará disponível para o cliente o acesso ao site Pela Saúde para fazer o login e posteriormente retirada do boleto.

Qualquer tipo de pendência será notificada através do e-mail e ficará na linha do tempo da proposta. Quando o cliente sanar a pendência, a operadora receberá um alerta para dar continuidade no processo.

48hrs para resolução das pendências, após o contrato é cancelado.

**PROPOSTA**

**Olá, xxxxxxxxxxxxxx**

Obrigado por ter escolhido a Plena Saúde como seu parceiro de saúde.

A proposta **8815589831710425** foi recepcionada com sucesso e está em análise.

Clique [aqui](#) para acompanhar a proposta.

Atenciosamente,  
Equipe Plena Saúde

Atendimento Exclusivo aos Parceiros  
Plena

vendaonline@plenasaude.com.br

ANS Nº 345678

© 2017 Plena Saúde.



**Contrato/Proposta N.:**  
8815589831710425  
**CPF/CNPJ:** 31317583841  
**Contratante:** KELLY BENOSSI  
**Status:** analise



Histórico do Contrato



Visualizar Contrato



Área Responsável	Versão	Elaborado por	Vigência
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

Boas vindas



**Bem-vindo**  
à Plena Odonto

Sua saúde bucal está em boas mãos

Aproveite as vantagens do seu plano!  
Atendimento em todo o território nacional  
com mais de 5.000 clínicas conveniadas

Baixe nosso app nas plataformas:



- Acesso aos seus dependentes em um único login
- Abertura de chamado
- Carteirinha virtual
- Lembretes e agendamentos
- 2ª via de boleto
- Histórico de faturamento
- Demonstrativo para imposto de renda
- Mensagens e notícias de sua operadora de saúde
- Acesso à rede credenciada

E você não precisa carregar a carteirinha com você. Ela está disponível on-line através do aplicativo, basta apresentá-la ao chegar no local de atendimento.

Contato para vendas:  
4445-9080  
vendaonline@plensaude.com.br  
Rede Credenciada AESP:  
11 2813-5656 | 0800-772-0161

www.plensaude.com.br

AVB-41.026.3

<b>Área Responsável</b>	<b>Versão</b>	<b>Elaborado por</b>	<b>Vigência</b>
Cadastro	1.0	Cadastro	2019
<b>Assunto – Manual plano PF Odontológico e plano PME Médico e/ou Odontológico</b>			<b>Atualização</b>
Compra Login Corretor			22/05/2019

### Boleto site Plena Saúde

Após o e-mail com o folder de boas-vindas, o cliente tem acesso ao boleto através do site da Plena, inserido o CNPJ e/ou CPF.



The screenshot shows the Plena Saúde website interface. At the top, there is a navigation bar with links: "2ª via de boleto", "2ª via carteirinha", "Agendamento Web", "Venda Online", "Contratos RN-309", "Trabalhe conosco", and "Pesquisa de Satisfação 2019". Below this is the Plena Saúde logo and a search bar. The main navigation menu includes: "BENEFICIÁRIO", "CREDENCIADO", "EMPRESA", "COLABORADOR", "SERVIÇOS EXCLUSIVOS", "PLANOS", "REDE CREDENCIADA", "PARCEIROS", "ODONTO", "NOTÍCIAS", "DEPOIMENTOS", "PREVENÇÃO", and "CORRETOR". A red dashed box highlights the "2ª VIA DO BOLETO SAÚDE" button in the navigation menu. Below this, a form titled "Informe o CPF/CNPJ ou Carteirainha" is shown. The form has two input fields: "Informe seu CPF/CNPJ" and "Número Carteirainha", both highlighted with red dashed boxes. A blue "Entrar" button is located at the bottom of the form.

