

Treinamento Venda PME



você!

Faça uma cotação sem
compromisso

Receber contato



LIVSAÚDE

f i l y

Baixe o APP da LIVSAÚDE

Apple Google

LGPD • Política de Privacidade

ANS Nº 37928

• Institucional • Dúvidas Frequentes • ANS • Prestador • Corretor

Acesse o site
livsaude.com.br

Role até o final da tela,
no rodapé do site clique no
botão "Corretor".

IE > Corretor

Corretor

Venda plano individual/familiar

Acesse o LIV Saúde - Proposta de plano individual ou familiar.

Acessar

Venda plano coletivo (PME)

Acesse o portal de vendas LIV Saúde

Acessar

Movimentação de vidas plano coletivo

Acesse o portal de movimentação de vidas plano coletivo

Acessar

Precificador de Planos PME

Acesse o precificador de Planos PME

Acessar

Selecione a opção "Venda plano coletivo (PME)".

Bem-vindo ao portal de vendas eletrônico da LIV Saúde!



LISTAR CONTRATOS



NOVO CONTRATO

Clique em "Listar Contratos" para acompanhar o status dos contratos em andamento, ou "Novo Contrato" para iniciar uma nova venda PME.



Bem-vindo ao portal de vendas eletrônico da LIV Saúde!
Após o preenchimento da sua proposta de adesão recomendamos a leitura: **MANUAL DE ORIENTAÇÃO DO BENEFICIÁRIO**

Leitura recomendada

MANUAL DE ORIENTAÇÃO DO BENEFICIÁRIO!
Declaração de Saúde!
Ficha de Adesão!

Avançar

Clique em
avançar.



CONTRATO

Condições de negociação do coletivo empresarial

PME de 01 a 29 Vidas

Unidade comercial

LIV ADM

Tipo de Produto

 Médico Médico + Odonto

Planos

#	Código	Plano	Segmentação	Acom.	Abrangência	ANS
<input type="checkbox"/>	228	SAUDE EMP REDE 200 A++OBS VAREJO(29)	Referência (05)	ENFERMARIA	Municipal	480807180
<input type="checkbox"/>	229	SAUDE EMP REDE 200 A++OBS+COPART VAREJO(29)	Referência (05)	ENFERMARIA	Municipal	480807180
<input type="checkbox"/>	230	BEM ESTAR EMP REDE 500 A++OBS VAREJO(29)	Ambulatorial mais Hospitalar com obstetria (06)	ENFERMARIA	Grupo de municípios	480822183
<input type="checkbox"/>	231	BEM ESTAR EMP REDE 500 A++OBS+COPART VAREJO(29)	Ambulatorial mais Hospitalar com obstetria (06)	ENFERMARIA	Grupo de municípios	480822183
<input type="checkbox"/>	253	SAUDE EMP REDE 200 A++OBS+COPART VAREJO(29)	Ambulatorial mais Hospitalar com obstetria (06)	ENFERMARIA	Municipal	493411223
<input type="checkbox"/>	255	SAUDE EMP REDE 200 A++OBS VAREJO(29)	Ambulatorial mais Hospitalar com obstetria (06)	ENFERMARIA	Municipal	493411223

Avançar

Selecione as condições de negociação
Unidade comercial
do contrato.

Selecione o tipo de produto e o produto que será contratado.



Dados da empresa contratante

CNPJ	Razao social	
<input type="text" value="CNPJ"/>	<input type="text" value="Razao social"/>	
Nome fantasia	Natureza juridica	CNAE
<input type="text" value="Nome fantasia"/>	<input type="text" value="Natureza juridica"/>	<input type="text" value="CNAE"/>
CPF do responsável	Responsável	Celular
<input type="text" value="CPF"/>	<input type="text" value="Nome"/>	<input type="text" value="00"/> <input type="text" value="90000 0000"/>
E-mail	Confirmar E-mail	
<input type="text" value="E-mail"/>	<input type="text" value="Confirmar E-mail"/>	

Endereço de faturamento

CEP	Tipo do logradouro	Logradouro	Número
<input type="text" value="CEP"/>	<input type="text" value="-- SELECIONE --"/>	<input type="text" value="Logradouro"/>	<input type="text" value="Número"/>
Complemento	Bairro	UF	Cidade
<input type="text" value="Complemento"/>	<input type="text" value="Bairro"/>	<input type="text" value="-- SELECIONE --"/>	<input type="text" value="-- SELECIONE --"/>

Endereço de correspondência

[Copiar do endereço de faturamento](#)

Preencha os dados da empresa e anexe os documentos necessários.

Vidas
Unidade comercial: LIV ADM

CPF responsável: 049.205.593-99
Nome responsável: ANTONIO ALECIO RIBEIRO PINHEIRO
Telefone: (85) 999253080
E-Mail: aleciorpineiro@gmail.com

Endereço de Faturamento

CEP: 60060-360
Logradouro: JOSE AVELINO
Número: 42
Complemento: BOX H-14;BOX H-16;BOX H-17
Bairro: CENTRO
UF: CE Cidade: FORTALEZA

Endereço de correspondência

CEP: 60744-325
Logradouro: SHIRLEY GIRAO
Número: 543
Complemento:
Bairro: PASSARE
UF: CE Cidade: FORTALEZA

Valor total do contrato: R\$ 0,00

Plano - Médico

Código	Plano	Segmentação	Acom.	Abrangência	ANS
228	SAUDE EMP REDE 200 A+H+O05 VAREJO(29)	Referência (05)	ENFERMARIA	Municipal	480807180

Idade	Valor	Qtd. Beneficiário
0 a 18	R\$ 303,85	
19 a 23	R\$ 401,09	
24 a 28	R\$ 461,25	
29 a 33	R\$ 516,61	
34 a 38	R\$ 542,44	
39 a 43	R\$ 612,96	
44 a 48	R\$ 747,81	
49 a 53	R\$ 1.031,98	
54 a 58	R\$ 1.393,17	
59 a 999	R\$ 1.811,12	

Incluir Beneficiário

Após realizar o cadastro da empresa é necessário cadastrar no mínimo 2 beneficiários para prosseguir com a validação

Revise os dados da empresa cadastrada e clique na opção "Incluir Beneficiário"

Proposta 7484

[✉ Enviar proposta para análise do cadastro](#)

Para o envio da proposta para análise do cadastrado é necessário no mínimo 2 beneficiários adici

Tipo de envio *

Email

O tipo de envio selecionado será usado para enviar os documentos para assinatura.

[Dados da empresa](#)[Beneficiários](#)

Lista de beneficiário adicionado

Beneficiário

NENHUM REGISTRO

Adicionar um novo beneficiário a proposta

[Dados beneficiário](#)[Declaração de saúde](#)

CPF *

Categoria *

Selecione o tipo de envio que será utilizado para assinatura dos documentos, em seguida clique na aba "Beneficiários" para iniciar o cadastro.

Existência:

DOENÇAS DO APARELHO CARDIOCIRCULATÓRIO: Infarto, dor no peito recorrente, pressão alta, arritmias, marca-passo, insuficiência cardíaca, doenças cardíacas anteriores, entre outras.

DOENÇAS DO SISTEMA CIRCULATÓRIO: Insuficiência venosa ou vascular, varicocele, trombose venosa ou arterial, úlcera varicosa, entre outras.

DOENÇAS DO SANGUE, IMUNOLÓGICAS E DO COLÁGENO OU AUTOIMUNES: Anemias, artrite reumatoide, lúpus, anemia, hemofilia, leucemia entre outras doenças imunológicas.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS: Diabetes, doenças da tireoide, deficiência de hormônio de crescimento, entre outras.

4. Após o preenchimento da Declaração de Saúde, caso seja constatada alguma lesão ou doença preexistente, o Declarante assinará o termo de opção à Cobertura Parcial Temporária.

5. A omissão de informações sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente beneficiário saiba ser portador ou sofrer no momento do preenchimento da Declaração de Saúde, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o proponente beneficiário será responsável pelo pagamento integral das despesas realizadas como tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Contratada alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Dispensei o acompanhamento do "médico orientador" para me auxiliar, por não ter qualquer dúvida com relação às perguntas formuladas e suas implicações.

Seguindo as recomendações da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, constantes na Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de Dezembro de 2007 e demais atos normativos que tratam da Cobertura Parcial Temporária - CPT, considerando as doenças ou lesões preexistentes - DLP, declaro que Opto pela Cobertura Parcial Temporária.

Declaro que preenchi esta declaração e assumo total responsabilidade pelas informações nela relatadas.

[Voltar ao Formulário <](#)

[Salvar formulário](#)

Após preencher os dados do beneficiário e a Declaração de Saúde clique em "Salvar Formulário"

Repita o processo para cadastrar outros beneficiários.

Proposta 7484

 **Enviar proposta para análise do cadastro**

Para o envio da proposta para análise do cadastrado é necessário no mínimo 2 beneficiários adicionados a proposta.

Tipo de envio *

-- SELECIONE --

O tipo de envio selecionado será usado para enviar os documentos para assinatura.

 Dados da empresa

 Beneficiários

NÃO VALIDADO

Documentos

1-Manual D4Sign PME - Novo Método (1)

2-Manual D4Sign PME - Novo Método (1)

Contrato

Data: 11/07/2023

Dia vencimento: 15

Condições de negociação do coletivo empresarial: PME de 01 a 29 Vidas

Unidade comercial: LIV ADM

Empresa

CNPJ: 28.365.528/0001-83

Razão social: ANTONIO ALECIO RIBEIRO PINHEIRO 049205:

CNAE: 0000000

CPF responsável: 049.205.593-99

Nome responsável: ANTONIO ALECIO RIBEIRO PINHEIRO

Após finalizar o cadastro dos beneficiários clique na opção "Enviar proposta para análise do cadastro".

Pronto! Em seguida o cliente receberá um link para realizar a assinatura do contrato.



Documento para assinar

LIV SAÚDE (d4sign@livsaude.com.br) enviou o documento 7920 MEDICO ficha adesao 27179181080 pdf para você assinar.

Assinatura eletrônica para proposta LIVSAUDE

[VISUALIZAR DOCUMENTO](#)

Esse é um e-mail automático, não responda.

Entre em contato com o e-mail d4sign@livsaude.com.br para esclarecer quaisquer dúvidas.

Após a proposta ser analisada pelo cadastro, o cliente receberá um e-mail para realizar a assinatura do contrato



Estamos quase lá!

Agora só falta pagar o seu boleto.

Já preparamos tudo para te receber e começar a cuidar de você pra vida inteira. Para concluir a ativação do seu contrato basta realizar o pagamento do boleto. Após fazer o pagamento é só aguardar 24 horas para começar a utilizar todos os benefícios do seu plano LIV.

Então já aproveita e clica no botão abaixo para acessar o boleto e começar a aproveitar todo o nosso cuidado de perto:

[Acessar Boleto](#)

livsaude.com.br



[livsaude](#)



[liv.saude](#)

SAC (SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE)



4000-1661 (Região Nordeste)

Após realizar a assinatura, o cliente receberá um e-mail com acesso ao boleto de ativação do contrato.

Login

Senha

ENTRAR

[Esqueci minha senha](#)

24 horas após o pagamento o contrato estará ativo e o cliente poderá acessar o Portal Empresa.

Login: CNPJ da empresa

Senha: @123456

Documentação para adesão

Planos Individuais

- RG e CPF do titular
- RG e CPF dos dependentes
- Comprovante de vínculo dos dependentes
(Certidão de casamento / Certidão de nascimento)
- Comprovante de endereço

Planos PME

Empresa:

- Cartão CNPJ
- Contrato social e aditivos

Beneficiários:

- RG e CPF do titular
- RG e CPF dos dependentes
- Comprovante de vínculo dos dependentes
(Certidão de casamento / Certidão de nascimento)
- Comprovante de endereço





LIV | **SAÚDE**

pra vida inteira