



YOU Saúde  
ANS - nº 42.238-0

affix  
ANS - nº 41.742-4

# MANUAL DO CORRETOR

YOU SAÚDE  
TRIÂNGULO MINEIRO

**CONTRATO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO YOU SAÚDE - TRIÂNGULO MINEIRO****Administradora de benefícios/contratante:** Affix Administradora de Benefícios.**Plano com segmentação:** ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação.

Todas as coberturas da lei nº 9.656/98.

 **TABELA****COM COPARTICIPAÇÃO**

PRODUTO	SMILE UDI ADESÃO	HAPPY UDI ADESÃO
<b>SEGMENTAÇÃO</b>	Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia	
<b>COPARTICIPAÇÃO</b>	✓	✓
<b>ABRANGÊNCIA</b>	Grupo de Municípios	Grupo de Municípios
<b>ACOMODAÇÃO</b>	Enfermaria	Apartamento
<b>CÓDIGO ANS</b>	488.541.21-4	488.538.21-4
<b>0 a 18 anos</b>	R\$ 153,96	R\$ 241,49
<b>19 a 23 anos</b>	R\$ 199,13	R\$ 312,37
<b>24 a 28 anos</b>	R\$ 223,03	R\$ 349,86
<b>29 a 33 anos</b>	R\$ 249,79	R\$ 391,80
<b>34 a 38 anos</b>	R\$ 281,19	R\$ 441,06
<b>39 a 43 anos</b>	R\$ 316,99	R\$ 497,23
<b>44 a 48 anos</b>	R\$ 396,24	R\$ 621,53
<b>49 a 53 anos</b>	R\$ 475,49	R\$ 745,88
<b>54 a 58 anos</b>	R\$ 647,52	R\$ 1.015,69
<b>59 anos ou +</b>	R\$ 916,79	R\$ 1.439,26



## TABELA DE COPARTICIPAÇÃO

PROCEDIMENTO	SMILE E HAPPY
Consultas eletivas	R\$ 20,00
Consultas PA	R\$ 50,00
Exames simples	R\$ 6,00
Exames complexos	R\$ 15,00
Terapias	R\$ 15,00
Outros atendimentos ambulatoriais	R\$ 30,00
Internações	R\$ 100,00



## QUEM PODE ADERIR

### **FNEL - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS ESTUDANTES LIVRES**

Estudantes do ensino infantil (6 meses), fundamental, médio, graduação e pós-graduação do ensino superior do Brasil, devidamente comprovado. Estudantes de até 18 anos podemos incluir como dependentes irmãos até 18 anos e/ou pais. Declaração escolar contendo CNPJ e carimbo da instituição de ensino (válida por 60 dias) + ficha associativa à FNEL devidamente assinada.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

---

### **ASCOSERVI - ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL DO COMÉRCIO E INDÚSTRIA**

Funcionários do comércio e indústria.

Cópia do contracheque atual ou carteira profissional ou contrato de trabalho comprovando vínculo com empresas do comércio e da indústria + cópia da carteirinha ou ficha associativa devidamente assinada.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

---

### **UNIPRO - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS LIBERAIS**

Profissionais liberais.

Cópia do diploma (frente e verso) ou cópia do Registro de Inscrição no Conselho de Classe de sua respectiva categoria profissional + declaração de filiação à UNIPRO, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 5,00 por mês.

---

### **ANSP - ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS SERVIDORES PÚBLICOS**

Servidores Públicos, Municipais e Estaduais.

Cópia do contracheque atual + declaração de filiação à ANSP, devidamente assinada e datada, ou cópia do cartão de associado.

Taxa: R\$ 3,50 por mês.



## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

---

### TITULAR

---

- Proposta de Adesão da Affix + Ficha Associativa.
- Cópia RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Certidão de Nascimento válida para titular com até 13 anos.
- Cópia do comprovante de residência atual (últimos 90 dias).
- Beneficiários de 6 a 12 meses, obrigatório documentação de Triagem Neonatal e Sumário de Alta.

---

### DEPENDENTES

---

#### **Cônjuge**

- Cópia de Certidão de Casamento + Cópia RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.

#### **Companheiro(a)**

- Declaração de união estável de próprio punho, contendo número do RG e do CPF do companheiro(a) e do titular, endereço, tempo de convívio e assinatura de 02 (duas) testemunhas, ou escritura pública de união estável, ou comprovação de filhos em comum.
- Cópia do RG e CPF + Cópia do Cartão Nacional de Saúde

#### **Filhos(as) e enteados(as), solteiros(as), naturais ou adotivos(as), até 18 (dezoito) anos incompletos ou até 24 (vinte e quatro) anos incompletos, se estudante devidamente comprovado.**

- Cópia da Certidão de Nascimento ou de Adoção + RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Beneficiários de 6 a 12 meses, obrigatório documentação de Triagem Neonatal e Sumário de Alta.

#### **Filho(a) ou enteado(a) inválido(a) de qualquer idade**

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da autenticada do atestado de invalidez emitido pelo INSS.
- Beneficiários de 6 a 12 meses, obrigatório documentação de Triagem Neonatal e Sumário de Alta.

#### **Menor sob Guarda ou Tutela do beneficiário titular**

- Cópia da Certidão de Nascimento + RG e CPF.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde.
- Cópia da Tutela ou do "Termo de Guarda" expedida por órgão oficial.
- Beneficiários de 6 a 12 meses, obrigatório documentação de Triagem Neonatal e Sumário de Alta.

---

**ATENÇÃO:** TODOS OS PROPONENTES TITULARES E/OU SEU(S) DEPENDENTE(S) DEVERÃO APRESENTAR CÓPIA DO CPF E DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS).

A Administradora de Benefícios/Contratante poderá requisitar a qualquer momento outros documentos aqui não especificados, a fim de comprovar as informações prestadas na Proposta.



## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Os preços e a rede médica credenciada estão sujeitos a alterações por parte da operadora.
- O dia de vencimento do valor mensal do benefício (inclusive do primeiro mês) corresponde ao dia do início da vigência do benefício, tal como estabelecido na Proposta do beneficiário titular ao contrato coletivo.
- Proposta sujeita a análise técnica.
- Este material contém informações resumidas prevalecendo as condições do contrato de adesão.
- Material de uso interno destinado exclusivamente aos consultores.
- Contém linguagem técnica e informações resumidas, sujeitas a alterações por força de Lei e de Normas Regulamentadoras da ANS, bem como as regras contratuais estabelecidas com a Operadora.
- Reajuste anual: **DEZEMBRO/2024**.
- Todos os associados titulares com menos de 14 anos estão sujeitos a realização de entrevista médica.
- Aceitação de titulares até 58 anos para os planos completos e até 64 anos para os planos ambulatoriais. Necessário perícia médica acima de 59 anos.
- Cópias dos documentos anexados à proposta de adesão deverão estar legíveis.
- A solicitação de transferência do plano poderá ser realizada em qualquer momento, após permanência mínima de 6 meses contados da data início da vigência do beneficiário e de acordo com o cronograma de movimentação, mediante prévia autorização da operadora e desde que respeitadas as demais regras vigentes neste benefício. A alteração do plano somente ocorrerá quando solicitada pelo beneficiário titular e acarretará a transferência de todos os seus beneficiários dependentes inscritos no benefício anteriormente contratado. A transferência para planos com categoria de rede e acomodação superiores a contratada acarretará 180 (cento e oitenta) dias de carência a cumprir.
- Para inclusão de beneficiários de 6 a 12 meses, obrigatório apresentar documentação de Triagem Neonatal e Sumário de Alta.
- **Taxa de Angariação:** a Affix não interfere no valor da taxa de angariação acordada entre o corretor e o beneficiário, podendo esta taxa ser livremente negociada, desde que: o valor seja inferior ao valor da mensalidade, bem como que esta taxa não se confunde com a mensalidade e o início de vigência do plano. Oriente adequadamente seu beneficiário.



## ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Araguari, Indianópolis, Monte Alegre e Uberlândia.



## VIGÊNCIA

VIGÊNCIA	VENCIMENTO
Dia 01	Todo dia 01 de cada mês
Dia 10	Todo dia 10 de cada mês
Dia 20	Todo dia 20 de cada mês



## CARÊNCIAS CONTRATUAIS

CONTADAS A PARTIR DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO BENEFÍCIO

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA A CUMPRIR	
	CARÊNCIA PROMOCIONAL	ACIMA DE 12 MESES
Tempo de Permanência do Plano Anterior		
Urgência e emergência	24 horas	Isento
Consulta e exames simples	24 horas	Isento
Exames especiais e terapias	180 dias	Isento
Cirurgias e internações	180 dias	Isento
Doenças e lesões preexistentes	720 dias	720 dias
Parto	300 dias	300 dias

**CARÊNCIA PROMOCIONAL:** Fica estabelecido o quadro, que deverá ser observado por prazo indeterminado para todo plano de saúde ora contratado.

### CRITÉRIOS PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

#### I – Procedimentos não cobertos – Carências não absorvidas:

Em hipótese alguma serão absorvidas e/ou aproveitadas carências para DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES e PARTO na data de assinatura da proposta de adesão, que permanecem inalteradas: 24 meses para doenças e lesões preexistentes e 300 dias para parto.

#### II – Das exigências para análise de redução de carência:

- Plano de origem contratado na vigência da Lei nº 9.656/98 ou adaptado;
- Plano de origem contratado com segmentação assistencial e acomodação similar ao plano pretendido;
- Declaração de Saúde sem apontamentos de Doenças ou Lesões Preexistentes.

#### III – Documentos obrigatórios:

- Cópia do cartão de identificação da operadora de origem constando a data de vigência.
- 03 (três) últimos comprovantes de pagamento do plano de origem, sendo que o último comprovante deve ter data de vencimento inferior a 30 dias contados a partir da vigência do contrato;
- Ou Carta de Permanência que comprovem permanência mínima de 06 meses no plano/operadora mencionados, constando início de vigência, plano contratado, segmentação assistencial, acomodação e a data do último pagamento com, no máximo, 30 dias contados a partir da vigência do contrato.





## RESUMO DA REDE HOSPITALAR MÉDICA CREDENCIADA\*

HOSPITAIS	SMILE	HAPPY
HOSPITAL TRIÂNGULO	✓	✓
HOSPITAL SANTA MARTA	✓	✓
HOSPITAL DE OLHOS - UBERLÂNDIA	✓	✓
HOSPITAL URBELÂNDIA MEDICAL CENTER	✓	✓

  

LABORATÓRIOS	SMILE	HAPPY
EXAME	✓	✓
CHECK-UP	✓	✓
LABORMED	✓	✓

\*Rede credenciada sujeita a alterações pela operadora, sem aviso prévio. Consulte as atualizações da rede no site: [www.yousaude.com.br](http://www.yousaude.com.br)