

REGRAS DE

# MANUAL DE ACESSO AO SITE DA YOU SAÚDE



ANS-Nº 42.238-0

MN-COM-007 V00

**Feliz  
Plano de  
Saúde**

**YOU** Plano  
de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 DEFINIÇÕES E SIGLAS.....</b>	<b>2</b>
<b>3 SITE DA YOU SAÚDE.....</b>	<b>4</b>
<b>4 PROCEDIMENTO.....</b>	<b>5</b>
<b>4.1 Acesso ao portal.....</b>	<b>3-6</b>
<b>4.2 Inclusão dos Beneficiários.....</b>	<b>7-13</b>
<b>4.3 Exclusão dos Beneficiários.....</b>	<b>14-16</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Este documento é um descritivo do processo para acessar o site da You Saúde e obter muitas informações importantes.

Sendo assim, visando uma maior clareza de informações, este manual foi desenvolvido com o objetivo de descrever o processo de acesso ao portal da You Saúde que poderá te auxiliar na rede credenciada, boletos, impostos de renda, movimentação de inclusão e exclusão e outros.

Neste documento será apresentado o passo a passo para realizar essa importante atividade.

## 2. DEFINIÇÕES E SIGLAS

- **OPERADORA DE PLANO DE SAÚDE (OPS)** - Pessoa jurídica que opera, administra, comercializa ou disponibiliza, a partir do registro na ANS, o Plano de Assistência à Saúde.
- **PJ** - Pessoa jurídica.
- **PF** - Pessoa física.
- **Proponente** - beneficiário/cliente.

## 3 PORTAL DA YOU SAÚDE

O Site tem a função de integrar os processos em um sistema único e acessível, facilitando assim as informações importantes para VOCÊ nosso Cliente.

O site <https://yousaude.com.br>, que foi pensado em desburocratizar e agilizar as informações.

Para maiores informações referentes ao funcionamento do SITE, conte com os canais de comunicação.

**Contato:**

(31) 3370 7017

SAC 0800 111 5859

## 4 PROCEDIMENTO

### 4.1 Acesso ao portal

Nesta seção será demonstrado o passo a passo do acesso ao site. Primeiramente, acessar o **SITE: <https://yousaude.com.br/>**  
Ao abrir a página inicial, inserir suas credenciais de acesso.

1. Na página inicial, clicar em **“Tipo de acesso”** no campo **“usuário”** preencher **CNPJ** e no Campo **“Senha”** preencher com o **CNPJ**, depois que acessar trocar a senha.



Tipo de acesso: Empresa

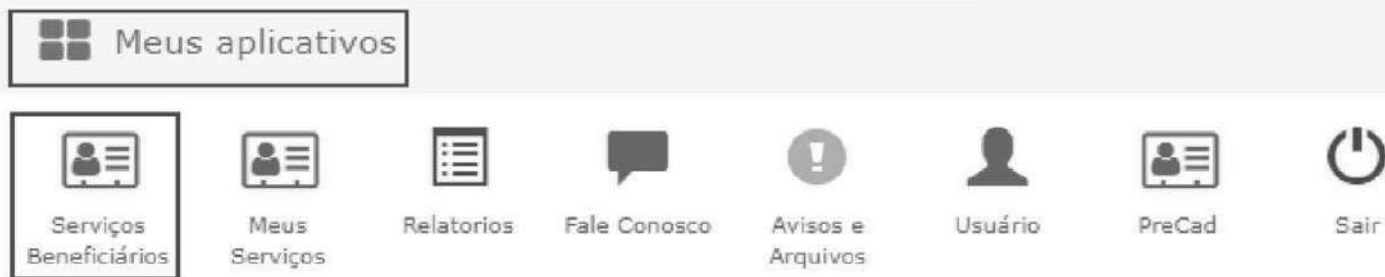
Usuário:

Senha:

[Esqueci minha senha](#)

Entrar

2. Clicar em “Meus aplicativos” e “Serviços Beneficiários”.



3. Clicar em “Solicitar Cancelamento”. Deve preencher todos os campos e clicar em cancelar.

4. Após realizado o cancelamento poderá clicar em “Consultar, Solicitar Cancelamento” no campo terá disponível se o cancelamento será (efetivada, cancelada ou pendente).



5. Para ter acesso aos dados da fatura (boleto), clique no ícone “Meus Serviços” e depois em, clique no ícone “2ª Via de Boletos”.



6. Para ter acesso aos “Relatórios”, clique no ícone, “Beneficiários ativos”, “Relatório de coparticipação Futura”, “Demonstrativo de faturamento empresarial” e “Detalhamento de fatura”.



7. Para ter acesso ao canal de dúvidas, clique no ícone “Fale conosco” e realize seu registro. Será atendimento pelo Fale Conosco da You Saúde. Clicar em registro < preencher categoria<e-mail<selecionar o tipo<anexar arquivo<preencher o registro e < gravar.



**Registro**

Categoria: CANCELAMENTO DA GUIA

E-mail cópia: teste@tente.com.br

Anexos (tamanho máx: 5mb):

Tipo Anexo: DOCUMENTAÇÃO CADASTRAL

Escolher arquivo | Nenhum arquivo selecionado | Adicionar

Registro

Segue documentação cadastral.

Gravar

8. Para ter acesso aos avisos, clique no ícone **“Avisos e arquivos”**.



9. Para ter acesso as senhas, clique no ícone **“Trocar senha”** e **“Alterar e-mail”**.

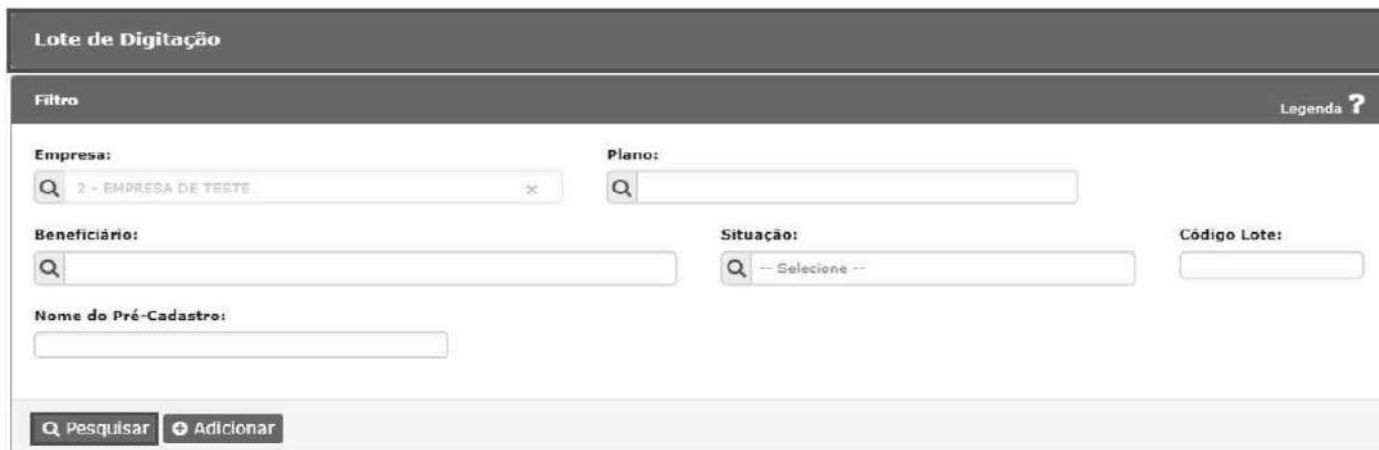


10. Para ter acesso as movimentações **“inclusões”**, clique no ícone **“Lote de Digitação”**.

#### 4.2 Inclusão de Beneficiários



**11.** O campo “**lote em digitação**” funciona para pesquisar lote que já foi realizado.



**12.** Deve selecionar o campo “**Adicionar**”.



**13.** Deve clicar em “**Adicionar lote**”, ao abrir a tela preencher os campos abaixo selecionados em vermelho.

- Nome do pré-cadastro – Nome da Empresa.
- Data da entrega – Data em que cadastrou a empresa.
- Vendedor – Selecionar o vendedor.
- Nº de titulares no plano – Colocar a quantidade de Titulares
- Nº de dependentes no plano – Colocar a quantidade de dependentes
- Valor Total – Valor total do beneficiário e dependente.
- Clicar em “**Salvar**”.

**Obs.: Os demais campos não precisam ser preenchidos.**



**Adicionar Lote** ✕

Código Lote: 0	Nome do Pré-Cadastro: YOU SAUDE	Data Entrega: 09/12/2021	Situação:
Empresa: 27 - YOU ASSISTENCIA MEDICA LTDA <span style="float: right;">✕</span>		<input checked="" type="checkbox"/> Filtrar planos da empresa	Plano: 9 - HUG AMBULATORIAL COLETIVO EMP... <span style="float: right;">✕</span>
Vendedor: 		Campanha:	
Nº Titulares: 1	Nº Dependentes: 1	Valor Total: 160,00	Aberto: <input checked="" type="checkbox"/> <span style="margin-left: 20px;">Protocolo de proposta:</span>

Salvar
Fechar

**14.** Após adicionar o lote, na tela abaixo será preenchido somente os campos:

- a) Beneficiário.
- b) Complemento e
- c) Valores.

**Ob: O campo “Plano” não é necessário.**

### Dados do Beneficiário

Beneficiário **2**

Complemento **1**

Valores

Plano

Diversos

**15.** Deve preencher “**Dados do beneficiário**”.

- a) Tipo de movimentação – Inclusão ou exclusão.
- b) Tipo do Beneficiário – Titular ou Beneficiário. Se o Beneficiário for titular ou dependente tem que fazer um de cada vez.
- c) Nome Completo - Nome do Beneficiário.
- d) Cartão nacional do SUS - CNS
- e) Identidade e Orgão Expeditor.
- f) Nacionalidade.
- g) UF.
- h) Naturalidade.
- i) Sexo.
- j) Estado Civil.

**Obs.: Os demais campos não precisam ser preenchidos.**

## Dados do Beneficiário

Salvar Cancelar

Beneficiário Complemento 1 Valores Plano Diversos 1

Status: Lote: 15 Tipo Movimentação: Incluir x Código: Tipo Beneficiário: Titular x Nome Completo: TESTE

Nome: TESTE Data Adesão: 15/12/2021 Data Nascimento: 11/08/1986 CPF: 043.694.450-27 PIS: CNS: 00098500006653

Identidade: 2.43524 Orgão Expedidor: SPTC Nacionalidade: BRASIL x UF: ESPÍRITO SANTO x Naturalidade: 1856 - ANCHIETA x

Org. Pessoal: Tipo Sanguíneo: Sexo: Feminino x Profissão:

Estado Civil: Casado x Regime de Casamentos: Nome do Cônjuge:

**16.** Deve preencher a aba “Complemento” os campos abaixo:

- “DDD e telefone” e “DDD Celular”.
- E-mail.
- “CEP”, “Rua”, “nº”, “UF” e “Cidade”.
- “Nome da Mãe”.
- Selecionar o “Plano”.
- Selecionar o “Vendedor”.
- Clicar em “Salvar”.

**Obs.: Os demais campos não precisam ser preenchidos.**

## Dados do Beneficiário

Salvar Cancelar

Beneficiário Complemento 1 Valores Plano Diversos 1

DDD: Telefones: 27 0000-0000 DDD: Celular: 27 0000-0000 DDD: Telefone 2: Fax: E-mail: teste@gmail.com

Cep: 30.454-390 Rua/Avi: DESEMBARGADOR AMILCAR DE CASTRO Complemento: Empresa

Bairro: 385 - ESTORIL x UF: MG Cidade: BELO HORIZONTE

Código Alternativo: Código Alternativo 2: Num. Proposta: Nome Pai: Nome Mãe: TESTE

Empresa: 27 - YOU ASSISTENCIA MEDICA LTDA x  Filtrar planos da empresa Plano: 9 - HUG AMBULATORIAL COLETIVO EMPRESARIAL x

Vendedor: Campanha:

17. Deve acessar os “Dados do Beneficiários” e preencher os campos:

- a) Selecionar “Valores”.
- b) O “Valor da mensalidade” e “Valor de adesão” são preenchidos automaticamente.
- c) Forma de pagamento – Selecionar o “nº 889”.
- d) Clicar em “Salvar”.

**Obs.: Os demais campos não precisam ser preenchidos.**



The screenshot shows the 'Dados do Beneficiário' form with the 'Valores' tab selected. The form includes fields for 'Valor Mensalidade' (0,00), 'Valor Adesão' (0,00), and 'Forma de Pagamento' (889 - SICOOB CNAB240 - YOUSAUDE). There are also fields for 'Banco', 'Agência', 'DV', 'Conta Corrente', and 'DV CC'.

18. Deve acessar os “Dados do Beneficiários” e preencher os campos:

- e) Selecionar “Diversos”.
- f) A “data de vencimento”, “data de adesão” e deve selecionar a “Unidade”.
- g) Clicar em “Salvar”.

**Obs.: Os demais campos não precisam ser preenchidos.**



The screenshot shows the 'Dados do Beneficiário' form with the 'Diversos' tab selected. The form includes checkboxes for 'Imp. boleto separada da Emp.', 'Correção data de incl. titular', and 'Cobrar tarifa em boleto'. It also has fields for 'Responsável', 'Dia Venc.' (15), 'Data Adesão' (15/12/2021), 'Data Admissão', 'Salário', 'Matrícula', 'Unidade' (27 - YOU SAUDE), and 'Lotação'.

19. Finalizado o processo de inclusão deve incluir os documentos em “Anexo”. Preencher o “Tipo de Documento” e “Arquivos”.

Lista de anexos do lote: 5

Tipo do documento: \*

Tipo Anexo Obrigatório

Arquivo:

Você pode arrastar e soltar arquivos aqui.  
Tamanho máximo permitido: 5mb.

**Inconsistências!**

- Selecione um arquivo antes de adicionar.
- Tipo Anexo Obrigatório

Nome	Tamanho(bytes)	Data de inclusão	Usuário
<div style="border: 1px solid #ccc; height: 20px; width: 100%;"></div>			

Fechar

20. O campo “Relatórios” funciona para pesquisar lote que já foi realizado. Deve pesquisar o lote realizado.

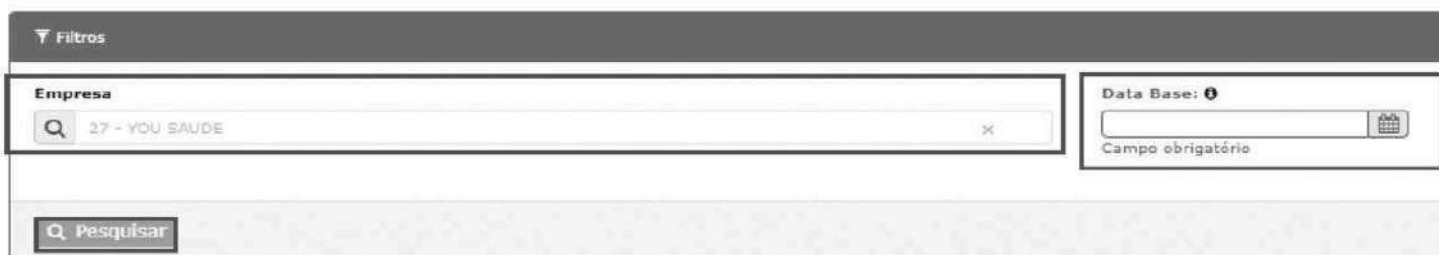


21. No caso do lote “Teste Exemplo” deve-se pesquisar em “Beneficiários ativos”.



22. No caso do lote “**Teste Exemplo**” deve-se pesquisar pela empresa “**YOU SAÚDE**”. Na hora da pesquisa deve selecionar a empresa e colocar “**Data de Base**” e pesquisar.

### Beneficiários Ativos



Filtros

Empresa: 27 - YOU SAUDE

Data Base:  Campo obrigatório

Pesquisar

23. Após pesquisar a empresa aparecerá a tela conforme fig. Abaixo, deve observar que onde estiver o cadeado verde é porque foi realizado e está em análise da Operadora. Caso exista pendência deve acompanhar o sistema que terá disponível qual pendência.



Lote: 5 - YOU SAUDE Situação: Em digitação

Empresa: 27 - YOU ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Dt. Entrada: 09/12/2021 Aberto:  Nº Titular: 1 Nº Dependentes: 1 Valor Total: R\$160,00

Itens por página: 10

24. Quando o cadeado estiver vermelho é porque a inclusão foi feita com sucesso.



Lote: 5 - YOU SAUDE Situação: Em digitação

Empresa: 27 - YOU ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Dt. Entrada: 09/12/2021 Aberto:  Nº Titular: 1 Nº Dependentes: 1 Valor Total: R\$240,00

Itens por página: 10

37354048000108

## 4.2 Cancelamento(exclusão) de Beneficiários

O cancelamento quando realizado é de imediato.

Não consegue fazer cancelamento retroativo no sistema. Caso necessite de cancelamento retroativo deve abrir um chamado na central de atendimento.

1. Para cancelar o beneficiário no plano, deve acessar os campos **“Serviços Beneficiários”**.



2. Deve clicar em **“Solicitar Cancelamento”**.



3. Deve pesquisar o **“Beneficiário”** pelo código cadastrado < clicar em **“Confirmar”**.

**Solicitação de cancelamento**

Filtros

Beneficiário: \*

(003092-9) TESTE MARIA NASC. 04/10/2021

Q Pesquisar

**Beneficiários à cancelar**

Beneficiário: (003092-9) TESTE MARIA

Dependente: (003093-7) TESTE JOAO

Q Confirmar

#### 4. Clicar em “SIM” para cancelar.

Confirmação de Solicitação de Cancelamento

Confirma o cancelamento do(s) beneficiário(s) selecionado(s)?

Sim  Não

#### 5. Deseja cancelar os dependentes? Deve clicar no “SIM”.

Cancelamento de Dependentes

Deseja cancelar todos os dependentes?

Sim  Não

#### 6. “Beneficiário” e “Titular” cancelados.

A(s) solicitação(ões) de Cancelamento foram criadas com sucesso!

7. Deve preencher os dados:
  - a) E-mail
  - b) Motivo de cancelamento
  - c) Dados do responsável e e-mail
  - d) Celular e confirmar os dados
  - e) Clicar em concorda com os dados preenchidos
  - f) Clicar em confirmar.

**Obs: A Confirmação de cancelamento, pode exportar em pdf.**

### Confirmação de Cancelamento

**Dados do(s) Beneficiário(s)**

**Beneficiário**  
(003092-9) TESTE MARIA  
(003093-7) TESTE JOAO

**E-mail:** TESTE@GMAIL.COM

**Motivo:** Q FINANCEIRO

**Dados do Responsável pelo Contato**

**Nome:** YOU ASSISTENCIA MEDICA LTDA

**E-mail:** cores@ira.beneficios@gmail.com

**Telefone:** (27) 0000-0000    **Celular:** (27) 00000-0000

Confirmando que já solicitei o cancelamento junto à empresa há mais de 30 dias.

**Importante**

III - as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V - a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes;

VI - a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamentando a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

**Li e concordo com as condições.**

**Confirmar**    **Fechar**

8. Receberá a confirmação do cancelamento com o número de protocolo.

**Solicitação de pedido de cancelamento realizada com sucesso.**

**Confirmação de Cancelamento**

**YOU SAUDE - HOMOLOGAÇÃO**  
27.294.948/0001-08    **Data:** 09/12/2021

**Data de Cancelamento:** 09/12/2021    **Hora:** 17:01:12

**Numero de Protocolo:** 4223802021209900001

**BENEFICIÁRIO(S)**

Nome	CPF
(003093-7) - TESTE JOAO	264.317.327-90

**INFORMAÇÕES**

Art. 1.º. Ressalva-se a operadora ou administradora de benefícios, a solicitante ou cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

- 1) eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar;
- 2) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.651, de 7 de junho de 1998;
- 3) na perda de direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 126, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.651, de 7 de junho de 1998;
- 4) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente - OLP no numeramento de Cobertura Parcial Temporária - OPT, que determina, por um período ininterrupto de até 36 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), feitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;
- 5) na perda imediata do direito de rescisão, quando houver, ocorrendo o beneficiário entrar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;
- 6) a perda imediata e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;
- 7) as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;
- 8) as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;
- 9) a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes;
- 10) a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.



e-mail de confirmação.

A atendimentoautomatico@yousaude.com.br gabriela.gomes@yousaude.com.br

Solicitação de Cancelamento[42238020211209000001]

Se houver problemas com o modo de exibição desta mensagem, clique aqui para exibi-la em um navegador da Web.

Solicitação de Cancelamento

YOUSAUDE - HOMOLOGAÇÃO 37.354.048/0001-08 Data Prevista para Cancelamento: 12/12/2021 Número de Protocolo: 42238020211209000001 Responsável Contato: YOU ASSISTENCIA MEDICA LTDAE-mail Responsável: gabriela.gomes@yousaude.com.br Telefone Responsável: (27) 0000-0000 Celular Responsável: (27) 00000-0000

Data: 09/12/2021 Hora: 16:38:33

Beneficiário(s)

Nome

(003093-7) - TESTE JOAO

CPF

264.317.327-90

Informações

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

1 - eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

Para sair do site, clique no ícone Clicar em **“Sair”**.

**SEJA BEM VINDO AO PLANO DE SAÚDE FELIZ!**

