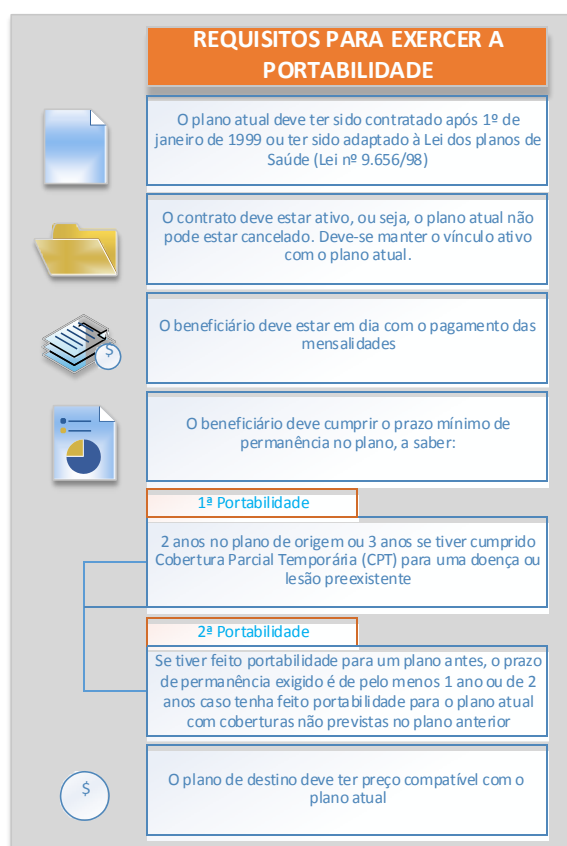


CARTILHA DE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Quem tem direito à Portabilidade de Carências

Para trocar de plano de saúde sem cumprir nova carência, devem ser observadas as seguintes condições:

1. Ser beneficiário de plano individual ou familiar, coletivo empresarial ou Coletivo por Adesão, contratados após 01/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98;
2. Estar vinculado a um contrato ativo, ou seja, o plano de saúde de origem não pode estar cancelado;
3. Estar em dia com a mensalidade do plano de origem e apresentar cópia do comprovante de pagamento dos três últimos boletos vencidos; ou declaração de adimplência da operadora de origem; ou declaração da pessoa jurídica contratante do plano informando que o beneficiário está adimplente;
4. Estar na primeira portabilidade no mínimo 2 (dois) anos no plano de origem ou no mínimo 3 (três), caso o beneficiário tenha cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou nos casos de doenças e lesões preexistentes. Nas portabilidades posteriores, no mínimo 1 (um) ano de permanência nos planos de origem ou no mínimo 2 (dois) anos caso tenha cumprido CPT;
5. Se o plano de destino for coletivo, comprovante de que está apto a ingressar no plano (estar vinculado a um beneficiário Pessoa Jurídica). No caso de empresário individual, comprovante de atuação para contratação de plano empresarial;
6. A faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão. Para obter essa informação, deve ser consultado o Guia de Planos de Saúde, disponível no site da ANS (www.ans.gov.br);
7. A portabilidade pode ser requerida em qualquer tempo, após serem cumpridos os prazos mínimos de permanência no plano/operadora de origem;
8. Não considerar como plano de destino planos que estejam na situação “cancelados” ou “com comercialização suspensa”;
9. A portabilidade de carências não poderá ser oferecida por operadoras em processo de alienação compulsória de sua carteira ou em processo de oferta pública do cadastro de beneficiários ou em liquidação extrajudicial. Para verificar se o contrato se enquadra nessas hipóteses, o beneficiário pode fazer uma consulta com fins de portabilidade ao Guia ANS de Planos de Saúde, disponível no site da agência.



Perguntas e Respostas Sobre a Portabilidade de Carências

1. O que é portabilidade de carências

A portabilidade de carências é a possibilidade de contratação de um novo plano de saúde regulamentado pela Lei nº 9.656/98 ou adaptado a ela, individual, familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão, com registro na ANS, na mesma operadora ou em outra operadora, concomitantemente à rescisão do contrato referente ao plano de saúde individual, familiar, coletivo empresarial ou coletivo por adesão, em que o beneficiário encontrava-se inserido, observado o prazo de permanência mínimo contratado, essa na qual o beneficiário estará dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e cobertura parcial temporária (CPT).

É o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem e aos requisitos das Resoluções Normativas da ANS.

2. O que é Carência?

É o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual as mensalidades são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano, conforme disposto no Inciso V do Artigo 12 da Lei nº 9.656/98.

3. Quem tem direito a pedir a portabilidade?

Todo beneficiário de planos de saúde pode realizar a portabilidade de carências, respeitado o tempo mínimo de permanência no plano: na primeira portabilidade, mínimo de dois anos no plano de origem ou três anos se tiver cumprido cobertura parcial temporária. Para portabilidades seguintes, mínimo de um ano de permanência no plano de origem ou mínimo de dois anos se o beneficiário mudar para um plano com coberturas não previstas no plano de origem.

4. O que muda com as novas regras?

As novas regras trazem diversas mudanças, entre elas a permissão para que os beneficiários de planos coletivos empresariais possam realizar a portabilidade, a extinção do período limite para a solicitação do recurso (janela) e o fim da necessidade de compatibilidade de cobertura para mudar de plano.

REGRAS DA PORTABILIDADE	
 <p>Que e fazer</p>	Beneficiários de todas as modalidades de contratação (individuais/familiares, coletivos por adesão e coletivos empresariais).
 <p>P te</p>	Não há mais a janela, ou seja, a portabilidade pode ser feita a qualquer tempo, desde que cumpridos os prazos mínimos de permanência no plano.
 <p>a</p>	É permitido mudar para um plano com tipo de cobertura maior que o de origem, cumprindo apenas carência para as novas coberturas.
 <p>R de Compatibilidade</p>	O protocolo é enviado de forma eletrônica, através do novo Guia ANS de Planos de Saúde.

4.1. Regras Importantes:

Beneficiário internado: somente poderá ser solicitada a portabilidade após a alta da internação.

Remissão: poderá ser requerida durante ou após o término da remissão, sendo encerrado o benefício a partir do início da vigência do plano de destino.

Coberturas não previstas no plano de origem: poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências (300/180 dias e 24 horas para urgência/emergência);

Portabilidade de carências disponibilizada via eletrônica: apenas para operadoras que ofereçam contratação eletrônica.

Preenchimento de Declaração de Saúde: não poderá ser exigido o preenchimento de nova declaração de saúde, exceto para coberturas não previstas no plano de origem.

Alegação de DLP (Doenças e Lesões Preexistentes): não caberá alegação de DLP, exceto para coberturas não previstas no plano de origem.

5. O que é o Período-Limite (janela)?

A chamada “janela da portabilidade” era o período de quatro (4) meses no ano, contados a partir da data de aniversário do contrato com a operadora, em que o beneficiário poderia solicitar a portabilidade de carências. Com as novas regras, essa obrigatoriedade fica extinta.

6. Há a possibilidade de mudar para um plano mais caro do que o atual?

Sim, desde que a mudança entre os planos ocorra dentro de uma mesma faixa de preço. Se a mudança for entre planos coletivos empresariais, a ANS entende que há uma restrição natural de acesso devido à necessidade de vínculo empresarial ou estatutário, não sendo exigida, portanto, compatibilidade por faixa de preço. Para outras portabilidades, é necessária a compatibilidade de preço (mensalidade do plano de destino igual ou inferior à faixa de preço do plano de origem).

7. Quais as vantagens para o beneficiário de plano empresarial?

Facultar a esse beneficiário mudar para outro plano sem cumprir nova carência. Visa atender especialmente o beneficiário demitido, aposentado ou que faça de um plano com até 30 vidas. São perfis que antes só poderiam manter o plano anterior ou deveriam cumprir nova carência no novo plano para não ficarem sem a cobertura. Esse beneficiário também fica livre da carência se mudar de uma empresa maior para uma companhia cujo contrato seja de até 30 vidas, hipótese na qual ele precisaria cumprir carências seguindo a norma anterior.

8. A portabilidade pode ser exercida no caso da empresa onde trabalho cancelar o plano de saúde?

A partir das novas regras, sim. Nesse caso específico, o beneficiário que mudar de plano não precisará cumprir o critério de compatibilidade de preços, mesmo que porte para um plano coletivo por adesão ou individual.

9. Se o contrato for rescindido ou se for demitido antes de cumprir o tempo mínimo previsto no plano, a portabilidade pode ser exercida?

Sim, nos casos em que a rescisão do contrato não for motivada pela vontade do beneficiário, a portabilidade de carências poderá ser feita sem a necessidade do cumprimento dos requisitos de compatibilidade de preço e tempo de permanência. Para estes casos, o beneficiário poderá cumprir eventuais prazos remanescentes de carências no novo plano.

10. Quem pede demissão também pode mudar para outro plano sem cumprir carências?

Sim. Nesse caso, o consumidor poderá realizar a portabilidade no prazo de 60 dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção de seu vínculo com a operadora. Assim como nos casos de rescisão entre a empresa e a operadora do plano de saúde, a mudança de plano sem novos prazos de carências poderá ser feita sem a necessidade do cumprimento dos requisitos de compatibilidade de preço e tempo de permanência.

11. No caso de possuir plano empresarial e não ter conhecimento do valor pago pela mensalidade a portabilidade pode ser exercida?

Sim. Caso não saiba o valor correspondente à mensalidade, será preciso pedir à operadora do plano de origem (operadora atual) uma declaração para fins de portabilidade. Nessa declaração, constará o valor que a empresa à qual se está vinculado(a) paga pelo plano de saúde, mesmo que você não contribua para o pagamento do plano. Ciente desse valor, pode-se acessar o Guia ANS de Planos de Saúde e consultar os planos compatíveis para realizar a portabilidade de carências.

12. O que é plano de origem e plano de destino

- I. Plano de Origem – É o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário encontra-se vinculado para ter direito à portabilidade de carências.
- II. Plano de Destino – É o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências.

13. Quais os requisitos aplicáveis a serem atendidos simultaneamente pelo beneficiário nos casos de portabilidade de carências?

- a) Estar adimplente; *
- b) Possuir prazo de permanência; **
- c) Faixa de preço igual ou inferior ao plano de origem;
- d) Plano destino não estar em situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”;
- e) Operadora do plano de origem comunicar a data inicial e a final do requerimento no mês anterior do referido período.

* Comprovação da adimplência: cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou declaração da PJ contratante comprovando o adimplemento do beneficiário nos três últimos vencimentos quando for o caso, ou qualquer outro documento hábil.

** O prazo de permanência de dois anos na 1ª portabilidade não é exigido do beneficiário recém-nascido, filho natural ou adotivo de consumidores inscritos no plano na forma da Alínea “b” do Artigo 12 da Lei nº 9.656/98.

14. O que é prazo de permanência?

É o período ininterrupto em que o beneficiário deve permanecer vinculado ao plano de origem para se tornar elegível ao exercício da portabilidade de carências.

15. O que é oferta pública?

É a oferta da carteira de beneficiários de uma operadora que se encontre em processo de cancelamento de registro ou liquidação extrajudicial, pela ANS.

16. O que é Portabilidade Especial de Carências?

A portabilidade especial de carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado dispensado do cumprimento de períodos de carência na hipótese de cancelamento do registro da operadora de seu plano de origem ou diante de liquidação extrajudicial da empresa.

17. Portabilidade Especial de Carências – Situações

Independentemente do tipo de plano de saúde e da data de assinatura do contrato, a portabilidade especial de carências pode ser utilizada em três (3) casos:

- a) Por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de Liquidação Extrajudicial (falência). O prazo de 60 dias para o exercício da portabilidade começa a contar a partir da data de publicação de Resolução Operacional da ANS no Diário Oficial da União (DOU).
- b) Por dependente que perdeu seu vínculo com o plano, seja por falecimento do titular, ou em decorrência de perda da condição para continuar no plano como dependente. O prazo é de 60 dias a partir da data de falecimento do titular, ou da extinção do vínculo.
- c) Por ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98. Nesse caso, a portabilidade deve ser requerida entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente ou no prazo de 60 dias antes do término do período de manutenção da condição de beneficiário.

A portabilidade especial de carências poderá também ser exercida pelos beneficiários cujo vínculo tenha sido extinto em até 60 dias antes da data inicial do prazo para a portabilidade especial de carências da operadora em saída do mercado, não se aplicando, neste caso, o requisito de vínculo ativo.

17.1. Quais as especificidades da Portabilidade Especial de Carências em casos de intervenção da ANS?

- I. A portabilidade especial pode ser exercida por todos os beneficiários da operadora a ter seu registro cancelado pela ANS ou a ser decretada a sua liquidação, independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura dos contratos (o plano de destino poderá ser individual, familiar, coletivo empresarial ou por adesão);
- II. O beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;
- III. O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino;
- IV. O beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano origem pode exercer a portabilidade especial de carências sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

17.2. Quais os requisitos aplicáveis e não aplicáveis ao beneficiário nos casos de Portabilidade Especial em caso de intervenção da ANS?

1 – Estar adimplente*	Não aplicável
2 – Possuir prazo de permanência**	Não aplicável
3 – Plano de destino ser compatível	Não aplicável
4 – Faixa de preço igual ou inferior ao plano de origem	Aplicável
5 – Plano de destino não estar com situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”	Aplicável
6 – Requerimento no aniversário do contrato (1º dia útil do mês de aniversário do contrato e último dia útil do 3º mês subsequente)	Não aplicável
7 – Operadora do plano de origem comunicar a data inicial e final do requerimento no mês anterior do referido período	Não aplicável

- * Comprovação da adimplência: cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou declaração da PJ contratante comprovando o adimplemento do beneficiário nos três últimos vencimentos quando for o caso, ou qualquer outro documento hábil.
- ** O prazo de permanência de dois anos na 1ª portabilidade não é exigido do beneficiário recém-nascido, filho natural ou adotivo de consumidores inscritos no plano na forma da Alínea “b” do Artigo 12 da Lei nº 9.656/98.

17.3. Portabilidade Especial de Carências em caso de morte do titular

Em caso de morte do titular do contrato, o beneficiário vinculado ao plano de saúde poderá exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras, no prazo de 60 (sessenta) dias do falecimento, observando-se os seguintes casos:

- I. Artigo 30 da Lei nº 9.656/98 (demitidos) em planos empresariais;
- II. § 1º do Artigo 3º da RN-195 (extinção do vínculo apenas do titular em plano familiar com assunção das obrigações decorrentes); e
- III. §§ 1º e 2º do Artigo 5º e nos §§ 1º e 2º do Artigo 9º, todos da RN-195.

A portabilidade especial abre a possibilidade para o grupo familiar do falecido de aderir ao plano de outra operadora na modalidade de contratação individual/familiar ou coletivo por adesão. No caso deste último, se for possível comprovar o vínculo de tal dependente à associação, ao sindicato, à cooperativa ou à entidade setorial.

A continuidade no plano de inativos por meio da mesma contratante já é assegurada, no caso de falecimento do titular, conforme prevê o Artigo 30, § 3º, da Lei nº 9.656/98. Assim, a portabilidade abre outra possibilidade para o grupo familiar do titular falecido: de aderir a um plano coletivo por adesão (respeitado o critério da elegibilidade) ou a um plano individual/familiar, sem o cumprimento adicional de carências, se o pedido for realizado até 60 (sessenta) dias contados da extinção do vínculo.

17.4. Quais as especificidades da Portabilidade Especial de Carências em caso de morte do titular?

- I. A portabilidade especial de carências pode ser exercida independentemente do tipo de contratação do plano de origem e da data de assinatura dos contratos;
- II. O beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes;

- III. O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino;
- IV. O beneficiário que tenha 24 (vinte e quatro) meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo.

17.5. Quais os requisitos aplicáveis e não aplicáveis para a Portabilidade Especial nos casos de morte do titular?

1 – Estar adimplente	Aplicável
2 – Possuir prazo de permanência*	Não aplicável
3 – Plano de destino ser compatível	Não aplicável
4 – Faixa de preço igual ou inferior ao plano de origem	Aplicável
5 – Plano de destino não estar com situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”	Aplicável
6 – Requerimento no aniversário do contrato (1º dia útil do mês de aniversário do contrato e último dia útil do 3º mês subsequente)	Não aplicável

- * O prazo de permanência de dois anos na 1ª portabilidade não é exigido do beneficiário recém-nascido, filho natural ou adotivo de consumidores inscritos no plano na forma da Alínea “b” do Artigo 12 da Lei nº 9.656/98.

18. Quando a portabilidade passa a valer?

Passou a valer desde 15 de abril de 2009 para os planos individuais e familiares.

As regras previstas na RN-252 que, além dos planos individuais e familiares, incluíram os planos coletivos por adesão, passaram a valer a partir de 29/07/2011.

As novas regras previstas na RN-438 que, além dos planos individuais e familiares e dos coletivos por adesão, incluíram os planos coletivos empresariais, passaram a valer a partir de 03/06/2019.

19. A norma de portabilidade de carências se aplicam a todos os tipos de planos?

Não, somente aos planos individuais/familiares e coletivos por adesão contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98, devendo serem observadas, ainda, as regras de Portabilidade Especial de Carências.

20. Quando pode ser solicitada a portabilidade de carências?

A portabilidade pode ser requerida após cumprido o prazo mínimo de permanência no plano. Após esse período, a portabilidade pode ser solicitada a qualquer tempo.

Se o beneficiário estiver internado, a portabilidade só pode ser requerida após a alta da internação.

21. A portabilidade é possível se o beneficiário ainda não tiver cumprido todos os prazos de carências?

Não. O beneficiário deverá cumprir todos os prazos de carências e permanecer no plano de origem por pelo menos dois (2) ou três (3) anos, caso esteja em cobertura parcial temporária. Somente após esse período será possível mudar de plano levando consigo as carências cumpridas.

Nos casos de Portabilidade Especial de Carências, o beneficiário que estiver cumprindo carência ou CPT no plano de origem pode exercer a portabilidade especial, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes.

22. O beneficiário poderá mudar de qualquer plano para outro?

Com a entrada em vigor da RN-438/18, passa a ser permitida a portabilidade para plano com cobertura maior que o de origem, sem cumprir carência para as coberturas já previstas no plano anterior. Porém, para as novas coberturas o beneficiário estará sujeito ao preenchimento de nova Declaração de Saúde e ao cumprimento dos prazos de carência.

23. O que é o tipo?

É a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na segmentação assistencial, conforme disposto no Anexo da RN-186/ANS.

24. Quais são os prazos de permanência na operadora de origem para que o beneficiário possa fazer a portabilidade?

- I. Primeira portabilidade – 2 (dois) anos;
- II. Primeira portabilidade – Se cumpriu cobertura parcial temporária decorrente de lesão ou doença preexistente – 3 anos;
- III. Portabilidades posteriores – No mínimo 1 ano no plano origem.
- IV. Portabilidades posteriores – Se cumpriu cobertura parcial temporária decorrente de lesão ou doença preexistente – no mínimo 2 anos.

25. Que documentos o beneficiário que pretende exercer a portabilidade de carências deverá entregar à operadora de destino?

- I. Cópia dos comprovantes de pagamento das três últimas mensalidades ou das três últimas faturas pagas, se o plano for da modalidade de pós pagamento; ou declaração da operadora de origem ou do contratante informando que o beneficiário está em dia com as mensalidades. *A declaração para fins de portabilidade deverá ser fornecida pela operadora do plano de origem no prazo de 10 dias, após a solicitação.*
- II. Comprovante do prazo de permanência: proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem o do contratante do plano atual.
- III. Relatório de Compatibilidade entre os planos de origem e destino; ou número de protocolo, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde. *O relatório de compatibilidade terá validade de 5 dias contados a partir da emissão do protocolo.*
- IV. Comprovação de vínculo com a PJ contratante, nos termos do Artigo 9º da RN-195/ANS, caso o plano de destino seja coletivo por adesão.

26. Quais documentos a operadora deve exigir do beneficiário para comprovar a adimplência?

Cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos, declaração da operadora de origem, ou declaração da pessoa jurídica contratante comprovando o adimplemento do beneficiário nos três últimos vencimentos, quando for o caso, ou qualquer outro documento hábil.

27. Quais documentos a operadora deve exigir para comprovar o prazo de permanência?

Admite-se qualquer documentação hábil, tais como:

-
- I. Cópia da Proposta de Adesão;
 - II. Contrato assinado;
 - III. Comprovantes de pagamento do período; ou
 - IV. Declaração emitida pela operadora do plano de origem.

28. O que fazer se o beneficiário não possuir a documentação?

Caso o beneficiário não possua a documentação prevista, este poderá solicitar à operadora do plano de origem, que deverá atendê-lo no prazo de 10 (dez) dias, a contar da ciência do pedido, não podendo cobrar custas adicionais.

A operadora do plano de origem, quando solicitada em seu Serviço de Atendimento ao Cliente – SAC, deverá informar a data de inclusão do beneficiário ao plano de saúde, o número do registro da operadora e o número de registro do produto contratado pelo beneficiário, devendo também constar estas informações expressamente na documentação expedida.

29. Como saber se o beneficiário deverá comprovar prazo de permanência de 2 (dois) ou de 3 (três) anos?

A operadora do plano de destino poderá solicitar que o beneficiário apresente uma declaração da operadora do plano de origem constando se ao ser incluído no plano cumpriu ou não CPT para Doenças ou Lesões Preexistentes.

Outra forma de verificação é checar com o beneficiário na cópia da Declaração de Saúde da operadora de origem se na inclusão não houve indicação de doença ou lesão preexistente ou houve a opção pelas CPT.

30. Que informações o beneficiário deve ter para consultar os planos compatíveis no Guia de Planos de Saúde disponibilizado no site da ANS?

- I. Número do CPF e data de nascimento;
- II. O número do registro de produto na ANS, caso tenha sido contratado após 01/01/1999;
- III. O código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA, caso tenha sido contratado antes de 01/01/1999 e adaptado;
- IV. A sua idade e o valor da contraprestação pecuniária.

31. Qual faixa de preço do plano será utilizada para fins de comparação de preço?

Será considerada a maior faixa de preço em que o plano de origem foi enquadrado para fins de portabilidade de carências, e somente a faixa de preço do titular do contrato para comparação com a faixa de preço do plano de destino. Caso o vínculo do titular seja extinto, a faixa de preço do beneficiário de mais idade.

Para os planos exclusivamente odontológicos considera-se na mesma faixa de preços o plano de destino cuja contraprestação pecuniária seja menor ou igual à contraprestação pecuniária do plano de origem.

32. Qual o prazo de validade do relatório de compatibilidade e do número de protocolo extraídos do Guia ANS de Planos de Saúde?

Para fins de compatibilização entre os planos, o relatório de compatibilidade e o número de protocolo gerados pelo Guia ANS de Planos de Saúde terão validade de 5 (cinco) dias contados a partir da emissão do protocolo, devendo serem aceitos pela operadora do plano de destino se apresentados dentro deste prazo.

33. Caso o beneficiário opte ou não consiga imprimir o relatório de compatibilidade de planos, o que deve fazer?

Deve apresentar o número de protocolo gerado pelo Guia ANS de Planos de Saúde à operadora de destino.

34. No caso de planos de contratação familiar, qualquer integrante do contrato pode exercer a portabilidade de carências independentemente?

Sim. Nesses casos, extinguem-se os vínculos apenas dos beneficiários que exerceram a portabilidade, mantendo-se o contrato para os demais beneficiários. Caso o proponente seja o beneficiário titular do contrato, ainda assim a portabilidade poderá ser exercida, extinguindo-se apenas o seu vínculo de beneficiário, mantendo-se o mesmo na titularidade, e preservando-se os demais vínculos do contrato do plano de origem.

35. No caso de planos de contratação familiar, caso a portabilidade de carências não seja exercida por todo o grupo familiar, é possível o recálculo do valor da mensalidade para os beneficiários que permanecerem no contrato?

Não. Contudo é possível a exclusão de eventuais descontos referentes a cada vínculo extinto, desde que estes estejam expressamente previstos em contrato.

36. A apresentação do relatório de compatibilidade dispensa o beneficiário do atendimento aos demais requisitos?

Não. Além do plano compatível o beneficiário deve comprovar o prazo de permanência, a adimplência dos três (3) últimos boletos, se está ligado a um plano ativo e deve também comprovar que está apto para exercer a portabilidade para planos coletivos empresariais ou por adesão, quando for o caso.

37. O que fazer se o plano de origem não for localizado na consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde?

Quando o plano de origem não for localizado na consulta ao site da ANS, o beneficiário poderá protocolar solicitação de busca na ANS, que deverá ser instruída com documentação que comprove o atendimento aos requisitos de compatibilidade para o exercício da portabilidade de carências. Deverão ser enviados:

- I. Cópia do contrato;
- II. Cópia de documento que contenha o número do registro de produtos na ANS ou código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA, para planos adaptados, com o respectivo comprovante da adaptação;
- III. Cópia da carteira de identidade;
- IV. Procuração com firma reconhecida, se for feita mediante procurador.

38. Qual o prazo que a operadora de destino tem para analisar a Proposta de Adesão e verificar se estão presentes todos os requisitos da portabilidade?

O prazo é de 10 (dez) dias, contados a partir da data de assinatura da Proposta de Adesão e entrega da documentação.

39. Se a portabilidade for aceita, como o proponente ficará sabendo?

A operadora do plano de destino expedirá um ofício ao beneficiário e à operadora do plano de origem, no qual deverão constar as datas de início da vigência do novo plano.

40. Quando começa a vigorar o contrato da operadora de destino?

No prazo máximo de 10 (dez) dias, contados a partir da aceitação.

41. Como fica o plano de origem com o exercício da portabilidade de carências?

Com o exercício da portabilidade de carências, o contrato do plano com a operadora de origem deverá ser extinto, devendo o mesmo vigorar até as 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao início da vigência do contrato de destino.

É de responsabilidade da operadora do plano de destino a comunicação à operadora do plano de origem e ao beneficiário sobre a data de início da vigência do contrato do plano de destino, antes de sua ocorrência.

É responsabilidade do beneficiário solicitar o cancelamento do plano de origem. Caso o cancelamento do plano de origem não seja solicitado no prazo de máximo de 5 (cinco) dias após o início da vigência do plano de destino, a operadora de destino poderá efetuar a aplicação de carências.

Até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua contraprestação pecuniária, sendo que a última contraprestação pecuniária do plano de origem deverá ser proporcional ao número de dias de cobertura do serviço.

42. O proponente terá direito à utilização do plano durante o período de análise da Proposta de Adesão ou antes de decorridos os dez dias para início da vigência do contrato?

Não. No momento da assinatura da Proposta de Adesão o beneficiário assinará a Declaração de Portabilidade, declarando estar ciente de que o contrato passará a vigorar a partir da data de vigência indicada na carta de aceitação.

43. Se o proponente precisar de atendimento de urgência ou emergência durante o período de análise do contrato ou antes da vigência do plano, a operadora de destino está obrigada a assegurar essa cobertura?

Não, porque o termo final do contrato com a operadora de origem coincidirá com a data de vigência do contrato da operadora de destino. Portanto, o beneficiário deve ser atendido pela operadora de origem.

44. E se a operadora de destino não informar ao beneficiário sobre o resultado da análise da portabilidade no prazo de 10 (dez) dias?

A Proposta de Adesão é automaticamente aceita e o contrato passa a vigorar dez (10) dias depois.

45. Como o proponente ficará sabendo da recusa da Proposta de Adesão?

A operadora de destino encaminhará uma carta informando as razões/justificativas da recusa, com Aviso de Recebimento – AR, a fim de que seja possível comprovar o envio da informação ao proponente.

46. É possível que o plano de destino seja mais caro que o plano de origem?

Sim, desde que esteja na mesma faixa estabelecida pela ANS. Por outro lado, poderá estar em uma faixa de preço inferior.

47. Para os contratos adaptados (planos contratados antes de 01/01/1999 e que foram adaptados às coberturas da Lei 9.656/98), como se dá a contagem do tempo de permanência?

O prazo de permanência para planos adaptados é contado a partir da data da adaptação.

48. O beneficiário internado pode pleitear a portabilidade?

Sim. Entretanto, a internação suspende o prazo para vigência do plano de destino, permanecendo o beneficiário vinculado à operadora de origem durante o período da internação. Portanto, a portabilidade só pode ser exercida após o beneficiário receber alta da internação.

49. Quais são as regras para a portabilidade em caso de internação por parte do beneficiário proponente da portabilidade de carências?

Em caso de internação suspende-se o prazo para o início da vigência do contrato (10 dias) após a resposta da operadora do plano de destino, até a ciência da data da alta da internação, permanecendo o vínculo do beneficiário com o plano de origem até completar a contagem do referido prazo.

É de responsabilidade da operadora do plano de origem a notificação do início da internação do beneficiário à operadora do plano de destino no prazo de 5 (cinco) dias a contar do recebimento da notificação do início da vigência do contrato com a operadora do plano de destino ou do conhecimento da internação, caso seja posterior a este.

A operadora do plano de origem deverá, também, comunicar a data da alta da internação do beneficiário à operadora do plano de destino no prazo de 5 (cinco) dias a contar do conhecimento da referida alta, sem prejuízo da possibilidade de o beneficiário fazer esta comunicação.

Uma vez notificada a alta, o prazo citado volta a correr, devendo a operadora de destino notificar o beneficiário sobre o início da vigência do novo contrato.

50. O beneficiário que requerer a portabilidade deve deixar de pagar a contraprestação pecuniária?

Não, até que o vínculo contratual com a operadora de origem seja extinto, ou seja, até que comece a vigorar o plano de destino, o beneficiário deverá pagar regularmente a contraprestação pecuniária.

51. O que acontece com a operadora que não cumprir as regras?

A operadora poderá ser multada pela ANS, conforme estabelecido na RN-124/2006-ANS.

