
O QUE É PORTABILIDADE DE PLANO DE SAÚDE?

Portabilidade de plano de saúde é um procedimento pelo qual o beneficiário pode mudar de plano de saúde em ter que cumprir novos períodos de carência. Isso significa que o beneficiário terá cobertura imediata no novo plano de saúde.

O novo plano pode ser pela mesma operadora ou por outra. Pode ser um plano de saúde individual, familiar ou coletivo.

No entanto, há algumas exigências da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para que o beneficiário possa fazer a portabilidade de planos de saúde. Abaixo seguem as principais regras estabelecidas pela ANS.

O QUE É CARÊNCIA? E O QUE É CPT?

Carência de um plano de saúde é o período, a partir da contratação, em que o beneficiário não dispõe de cobertura assistencial. Os prazos de carência são estipulados no contrato. Esse prazo costuma ser de 24 horas para atendimentos de urgência e emergência e de até seis meses para exames, consultas, etc. Porém, nos casos em que o beneficiário declara possuir uma doença ou lesão preexistente, ele fica submetido ao Regime de Cobertura Parcial Temporária (CPT). A CPT é uma carência específica para cirurgias ou procedimentos de alta complexidade relacionados à condição preexistente. Esse período de cobertura parcial para esses procedimentos específicos pode ser estender por até dois anos.

O QUE É PRECISO PARA FAZER A PORTABILIDADE DE PLANOS DE SAÚDE?

Estarão aptos a exercer a Portabilidade os beneficiários que atenderem aos seguintes requisitos:

1. Ser beneficiário de contrato de plano de saúde individual ou coletivo por adesão;
2. Estar em dia com as mensalidades do plano de origem;
3. Estar há pelo menos 2 (dois) anos na operadora de origem, ou (três) anos caso tenha cumprido Cobertura Parcial Temporária (CPT) nos casos de doenças e lesões preexistentes. Caso o beneficiário já exercido a portabilidade alguma vez, o prazo de permanência exigido no plano de origem passa a ser de pelo menos 1 (um) ano;
4. Escolher a segmentação do plano de destino com a segmentação do plano de origem, nos termos do anexo da RN-186 da ANS, alterada pela RN-252, a partir da consulta ao Guia da ANS (<http://portabilidade.ans.gov.br/guiadeplanos>);
5. Ter escolhido um plano de destino com faixa de preço igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem, considerada a data de assinatura da proposta de adesão (a consulta ao Guia ANS traz esse resultado);
6. Solicitar a portabilidade após ter cumpridos os prazos mínimos de permanência no plano de origem;

7. Não considerar como plano de destino os planos que estejam na condição de “cancelados” ou “ativo com comercialização suspensa” (a consulta aos Guia ANS traz esse resultado);
8. Na hipótese de o beneficiário optar por um plano coletivo por adesão ou coletivo empresarial como plano de destino, ele deverá preencher os requisitos de admissibilidade para adesão aos contratos coletivos, por adesão (pertencer ou ter vínculo com associação, sindicato ou entidade de classe contratante do plano de saúde coletivo) ou empresarial (comprovante de vínculo com pessoa jurídica contratante, ou comprovante de regularidade cadastral).

TENHO O DIREITO. COMO DEVO FAZER PARA PORTAR MINHAS CARÊNCIAS PARA OUTRO PLANO?

Preenchidos os requisitos acima listados, o beneficiário deverá acessar o site da ANS (www.ans.gov.br), procurar pela opção “Guia ANS de Planos de Saúde”. O beneficiário será direcionado para o Guia de Planos ANS. Uma vez acessado o Guia de Planos ANS, o beneficiário deve clicar na opção “Portabilidade de Carências”. Na tela seguinte, será necessário preencher o campo CPF e a data de nascimento. Na própria página, o guia apresenta os planos vinculados ao CPF informado e instruções para dar prosseguimento à busca.

DOS DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES

Caso o beneficiário atenda a todos os requisitos acima citados, deverá apresentar os seguintes documentos na operadora de planos de saúde de destino:

- Cópia dos comprovantes de pagamento dos três (3) últimos boletos vencidos ou declaração da pessoa jurídica contratante comprovando o adimplemento do beneficiário;
- Comprovante do prazo de permanência;
- Relatório de compatibilidade de planos extraído do Guia ANS de Planos de Saúde no site da ANS para os planos “Ativos”, ou o número de protocolo gerado pelos mesmo guia;
- Boleto com o valor da mensalidade do titular ou, na falta deste, do dependente de mais idade, para os planos “Ativos com Comercialização Suspensa” ou adaptados;
- Cópia dos documentos pessoais (CPF e RG).

Tais documentos são necessários para comprovar as seguintes informações:

- Nome do beneficiário que irá aderir à portabilidade;
- Data da inclusão do beneficiário ou da adaptação;
- Início da vigência do contrato no plano de origem;
- Número de registro da operadora na ANS;
- Número de registro do produto na ANS, especificado por beneficiário;
- Segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, com ou sem odontologia);
- Tipo de acomodação (Coletiva ou Individual);

Valor da contraprestação pecuniária especificada por beneficiário;
Coberturas adicionais contratadas;
Constar se o beneficiário possui Cobertura Parcial Temporária (CPT);
Adimplência dos beneficiários na operadora do plano de origem.

A portabilidade será válida para os beneficiários titulares e dependentes do plano de origem e não precisa ser exercida por todo o grupo familiar. Na hipótese de contratação familiar em que o direito à portabilidade não seja exercido por todos os membros do grupo, o contrato será mantido, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito, desde que haja assunção das obrigações decorrentes do contrato por outro beneficiário do grupo familiar.

PASSO A PASSO DA PORTABILIDADE

1. Verifique se você tem direito à portabilidade de carências;
2. Consulte o Guia ANS para identificar os planos de saúde compatíveis com o seu, para fins de portabilidade de carências;
3. Dirija-se à operadora de plano de saúde escolhido levando com você o relatório de planos em tipo compatível (que pode ser impresso ao final da consulta ao Guia ANS) ou o número de protocolo e solicite proposta de adesão;
4. Apresente os seguintes documentos na data da assinatura da proposta de adesão: cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos e de um documento que comprove a permanência por pelos menos 2 anos no plano de origem ou por pelo menos 3 anos, caso tenha cumprido a cobertura parcial temporária (CPT) ou nos casos de doenças ou lesões preexistentes, ou por pelo menos 1 ano, a partir da segunda portabilidade (pode ser cópia do contrato assinado, da proposta de adesão, declaração da operadora do plano de origem ou outro documento) e do comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante, caso o plano de destino seja coletivo por adesão ou coletivo empresarial;
5. Aguarde a resposta da operadora do plano de destino, que deverá ser dada em até 10 dias após a assinatura da proposta de adesão;
6. Se a operadora do plano de destino não responder no prazo acima, considera-se que ela aceitou a proposta com portabilidade de carências. Nesse caso, recomenda-se que se faça novo contato para confirmar com a operadora e solicitar a carteirinha do plano;
7. O contrato do plano de destino entra em vigor 10 dias após o aceite da operadora, tanto no caso do item 5 quanto do item 6;
8. A operadora do plano de destino entrará em contato com a operadora do plano de origem e com o beneficiário para confirmar a data de início de vigência do contrato, tratada no item 7;
9. Recomenda-se que, ao final do processo, o beneficiário entre em contato com a operadora do plano de origem para informar que exerceu a portabilidade de carências, apontando a data de início da vigência do contrato, que será a mesma do encerramento do contrato do plano de origem, e solicite o cancelamento do plano de origem.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE PORTABILIDADE, PORTABILIDADE ESPECIAL E PORTABILIDADE EXTRAORDINÁRIA?

Além da portabilidade regular, existem outros tipos de portabilidade que não seguem a regra geral. São elas: Portabilidade Especial e Portabilidade Extraordinária.

A Portabilidade Especial também é regulamentada pela RN-186.

Na hipótese da ANS cancelar o registro ou determinar a liquidação extrajudicial de uma operadora de planos de saúde, é aberto o prazo para a transferência compulsória da carteira de clientes dessa operadora. Para que a transferência compulsória seja bem-sucedida, uma outra operadora tem que manifestar interesse em assumir essa carteira de clientes. Se isso não acontecer no prazo de 60 (sessenta) dias, a ANS poderá instaurar o regime de portabilidade especial, que permite que todos os beneficiários da operadora de saúde que teve seu registro cancelado ou que entrou em liquidação extrajudicial possam portar suas carências para outros planos de saúde, do tipo individual ou coletivo por adesão. Assim, até mesmo titulares de contratos empresariais podem exercer a portabilidade. Também não há exigência de cumprimento de prazos de permanência no plano de saúde de origem.

A Portabilidade Extraordinária, por sua vez, somente é permitida se for demonstrado efetivo interesse público, conforme destaca o Parágrafo 7º ao Artigo 7-A da RN-186. Não existem regras definidas para a Portabilidade Extraordinária. Tal como o próprio nome indica, trata-se de situação extraordinária, podendo a ANS estabelecer critérios de acordo com a necessidade de cada caso.

GLOSSÁRIO

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, autarquia federal sob regime especial que atua em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantem a assistência suplementar à saúde.

Aniversário do contrato – Data de início da vigência do contrato de plano de saúde.

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 de 1998, e nos termos da Resolução Normativa nº 438/18 da ANS;

Cobertura Parcial Temporária (CPT) – É aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes (DLP) declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.

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.

Plano de destino – É o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências.

Portabilidade de carências – 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, observados os dispostos na Resolução Normativa nº 438/18 da ANS.

Portabilidade especial de carências – É o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na hipótese de cancelamento do registro da operadora do plano de origem ou de sua Liquidação Extrajudicial, observados os requisitos dispostos na Resolução Normativa nº 438/18 da ANS.

Portabilidade extraordinária de carências – É o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na hipótese de cancelamento do registro da operadora do plano de origem ou de sua Liquidação Extrajudicial, caso não seja possível a aplicabilidade das disposições da Resolução Normativa nº 438/18 da ANS ou em hipótese que mereça ser executada em face do interesse público.

Tipo – É a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na segmentação assistencial, conforme disposto no Anexo da Resolução Normativa nº 252/11 e suas atualizações.

Tipo compatível – É o tipo que permite ao beneficiário o exercício da portabilidade para um outro tipo por preencher os requisitos de segmentação assistencial, tipo de contratação individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial e faixa de preço, nos termos da Resolução Normativa nº 252/11 e suas atualizações.