

A photograph of an elderly couple in a warm embrace. The man, on the left, is wearing a dark plaid shirt and has his arms around the woman. The woman, on the right, has white hair and is wearing a grey sweater. They are both smiling and looking towards the right. The background is softly blurred, showing what appears to be a home interior.

RESOLUÇÃO NORMATIVA N. 438/18 PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Unimed 

PERGUNTAS E RESPOSTAS

01) O que é carência?

Carência é o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato de plano de saúde, durante o qual as mensalidades são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas assistenciais previstas na segmentação assistencial do plano. Os períodos de carência que podem ser aplicados são os seguintes:

- a) prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- b) prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica;
- c) prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial;
- d) prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar;
- e) prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

Vale lembrar que a carência não serve para capitalizar a operadora, ela serve para evitar que o indivíduo contrate o plano somente no momento em que precise utilizá-lo. Se não houvesse carência para o ingresso de novos beneficiários, o risco seria incalculável e o plano de saúde seria insustentável. Portanto, a carência é essencial para o funcionamento do sistema de saúde suplementar, pois incentiva o beneficiário a manter o contrato de plano de saúde mesmo quando não está usando, gerando assim o mutualismo.

02) O que é Cobertura Parcial Temporária?

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

Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário, ou seu representante legal, saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano de saúde.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

03) O que é Tipo de Contratação?

A legislação atual define três tipos de contratação: Individual ou Familiar, Coletivo Empresarial e Coletivo por adesão. O plano de contratação Individual ou Familiar destina-se à livre contratação de pessoas físicas. O plano Coletivo por Adesão destina-se à contratação de associações profissionais, classistas ou setoriais e a adesão de seus associados. E o plano Coletivo Empresarial destina-se à contratação de empresas ou empresários individuais e a adesão de seus empregados.

04) O que é Cobertura Assistencial?

A cobertura assistencial do plano de saúde é a amplitude dos serviços de saúde prestados pelo plano. Os serviços de saúde de cobertura obrigatória estão listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde publicado pela ANS. Existem apenas 4 tipos de coberturas assistenciais, conforme define a Lei nº 9.656/98, e cada cobertura inclui os seguintes serviços de saúde:

- **Cobertura Ambulatorial:** consultas médicas, exames, terapias e demais procedimentos ambulatoriais.
- **Cobertura Hospitalar:** internações hospitalares, excluída a internação para parto.
- **Cobertura Obstétrica:** internação para parto e cobertura assistencial nos primeiros 30 dias de vida do recém-nascido.
- **Cobertura Odontológica:** consultas, exames e procedimentos preventivos de dentística e endodontia e cirurgias orais menores.

Além disso, existem 12 tipos de segmentação assistencial, que são as combinações das coberturas assistenciais, conforme dispõe o Anexo II da RN nº 85/04, quais sejam:

PERGUNTAS E RESPOSTAS

- Ambulatorial;
- Hospitalar com Obstetrícia;
- Hospitalar sem Obstetrícia;
- Odontológico;
- Referência;
- Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia;
- Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia;
- Ambulatorial + Odontológico;
- Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico;
- Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico;
- Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico; e
- Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico.

Assim sendo, não se deve confundir a cobertura assistencial com as demais características do plano, tais como padrão de acomodação, abrangência geográfica ou rede hospitalar.

05) O que é Abrangência Geográfica?

Abrangência Geográfica é a amplitude da área de cobertura assistencial do plano de saúde, em que a operadora fica obrigada a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas pelo beneficiário, podendo ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

06) O que é Padrão de Acomodação?

Tipo de acomodação do leito de internação nos planos com cobertura hospitalar e/ou obstétrica, que pode ser em quarto particular ou enfermaria.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

07) O que é Coparticipação e Franquia?

São mecanismos de regulação financeira (ou fatores moderadores) que consistem na participação do beneficiário no pagamento da despesa com a cobertura assistencial. **Coparticipação** é o beneficiário participa com o pagamento de parte de cada procedimento realizado, de acordo com o contrato, além do pagamento da mensalidade. **Franquia** é o valor estabelecido no contrato do plano até o qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura.

08) O que é Modalidade de Pagamento?

Modalidade de pagamento é a forma de se definir a mensalidade do plano de saúde. A modalidade do plano pode ser em **pré-pagamento**, quando a mensalidade do plano é pré-fixada pela operadora, ou em **pós-pagamento**, quando a mensalidade é calculada após a realização das despesas com as coberturas contratadas.

09) O que é Plano de Origem?

Plano de origem é o plano de saúde ao qual o beneficiário está ou estava vinculado para ter direito à portabilidade de carências.

10) O que é Plano de Destino?

Plano de destino é o plano de saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

11) O que são as Faixas de Preços?

As faixas de preço foram instituídas para classificar os planos qualitativamente em estratos que buscam juntar planos semelhantes dentro de um mesmo tipo compatível de modo a possibilitar a compatibilização de planos pelo preço.

Faixa de preço é o intervalo de preço em que se enquadra o valor comercial da mensalidade do plano. Os planos de destino são enquadrados em faixas de preço de acordo com os valores comerciais informados nas Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP).

Os planos de origem são enquadrados em faixas de preço de acordo com a mensalidade paga pelo plano ou pela NTRP do plano, caso este esteja ativo.

São 6 (seis) as faixas de preço, calculadas, por tipo de contratação, a partir da distribuição estatística dos preços dos planos em comercialização no mercado, sendo periodicamente recalculadas de acordo com as atualizações dos preços.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

12) O que é a Pesquisa de Planos de Saúde do Guia ANS?

A Pesquisa de Planos de Saúde do Guia ANS é uma ferramenta de busca que fornece, de forma gratuita e isenta, as informações mais relevantes sobre todos os planos de saúde em comercialização no país, para que o consumidor conheça e compare os planos de saúde disponíveis antes de contratar ou aderir ao plano. Após o consumidor selecionar o plano desejado, o sistema emitirá um número de protocolo, que irá guardar as informações da consulta, que também serão disponibilizadas para a operadora do plano.

13) O que é o módulo de Portabilidade de Carências do Guia ANS de Planos de Saúde?

O módulo de Portabilidade de Carências do Guia ANS é uma ferramenta que auxilia o beneficiário a trocar de plano de saúde sem cumprir novos períodos de carências ou Cobertura Parcial Temporária (CPT). O módulo de Portabilidade serve para que o beneficiário conheça e compare os planos de saúde compatíveis antes de trocar de plano. Após o beneficiário selecionar o plano desejado, o sistema emitirá relatório de compatibilidade para fins de portabilidade de carências, gerando um número de protocolo que irá guardar as informações da consulta, que também serão disponibilizadas para a operadora do plano.

14) O que é a Consulta de Protocolo do Guia ANS de Planos de Saúde?

A Consulta de Protocolo do Guia ANS é o espaço em que o beneficiário poderá verificar as informações da consulta previamente realizada e sobre o plano selecionado no Guia de Planos para a adesão/contratação ou para a portabilidade de carências. Para acessar o número de protocolo, o beneficiário poderá realizar a consulta com base em seu CPF e data de nascimento.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

15) Quais são os requisitos para realizar a Portabilidade de Carências, nos termos do artigo 3º da RN 438/2018?

- O beneficiário deve estar vinculado/ativo no plano de saúde.
- O beneficiário deve estar em dia com o pagamento da mensalidade junto à operadora do plano de origem.
- O beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência, conforme o caso: (1) na primeira portabilidade, deve estar há pelo menos 2 anos na operadora do plano de origem ou há pelo menos 3 anos, se tiver cumprido cobertura parcial temporária (CPT) para doenças e lesões pré-existentes; (2) se o beneficiário ingressou no plano de origem exercendo a Portabilidade de Carências, o prazo mínimo de permanência exigido no plano passa a ser de 1 ano, mas se essa portabilidade foi para um plano com coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, o prazo mínimo a ser cumprido será de 2 anos.
- O plano de origem deve ser regulamentado, ou seja, ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656/98.
- A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior à que se enquadra o plano de origem do beneficiário, considerada a data da consulta ao módulo de portabilidade de carências do Guia ANS de Planos de Saúde.
- Se o plano de destino for de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual.

16) Quando é possível realizar a Portabilidade de Carências?

A portabilidade de carências poderá ser realizada a qualquer tempo pelo beneficiário, após ter cumprido o prazo mínimo de permanência no plano de origem.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

A operadora não poderá delimitar um período para a realização da portabilidade (janela), se o beneficiário já tiver cumprido o prazo de permanência no plano. A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário antes de ingressar no novo plano. **Se o beneficiário aderir a um plano sem se utilizar da portabilidade, caso identifique que tinha direito e venha a solicitar a isenção de carências posteriormente, a operadora não será obrigada a isentar as carências, mesmo se o beneficiário demonstre que tinha esse direito antes de ter aderido ao plano.**

17) Quais são os Documentos necessários para realizar a Portabilidade de Carências?

- Além dos documentos habituais para contratação do plano de saúde, para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar também os seguintes documentos:
 -
 - Comprovante de que está em dia com o pagamento das mensalidades, tais como: comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem;
 -
 - Comprovante de prazo de permanência, tais como: proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante.
 -
 - Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou número de protocolo de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde.
 -
 - Se o plano de destino for de contratação coletiva, comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano ou comprovação referente ao empresário individual.
 -
 - Se o beneficiário estiver em cumprimento de CPT, deverá apresentar cópia da Declaração de Saúde preenchida no plano de origem ou de documento que ateste que estava cumprindo CPT que especifique a doença ou lesão preexistente declarada.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

O beneficiário poderá solicitar à operadora do plano de origem, por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, a declaração para fins de Portabilidade com as informações referentes ao plano de origem e ao beneficiário. A operadora do plano de origem terá o **prazo de 10 (dez) dias** para disponibilizar a declaração ao beneficiário.

18) Quais informações a Operadora do Plano de Origem deverá fornecer na Declaração para fins de Portabilidade de Carências?

A declaração da operadora do plano de origem para fins de Portabilidade deverá conter, no mínimo, as seguintes informações referentes ao plano de origem e ao beneficiário:

- Nome completo do beneficiário;
- Data de Nascimento;
- CPF do beneficiário;
- N° de Registro da Operadora;
- N° de Registro do Produto (ou código SCPA);
- Data de adesão do beneficiário à operadora;
- Prazo de permanência;
- Informação sobre adimplência;
- Se ingressou no plano via Portabilidade (em caso positivo, informar se houve ampliação de segmentação assistencial em relação ao plano de origem);
- Se ingressou no plano via Oferta Pública ou transferência de carteira;
- Se mudou de plano na mesma operadora (em caso positivo, informar se houve mudança de segmentação assistencial);
- Se o beneficiário está internado;
- Se o contrato foi adaptado à Lei 9.656/98, e em que data ocorreu a adaptação (somente para plano não regulamentado);

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Valor total da mensalidade do plano referente ao beneficiário (somente planos em pré-pagamento); e

Se o beneficiário cumpriu ou está em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária no plano. Caso esteja em cumprimento de CPT, anexar cópia da Declaração de Saúde do beneficiário ou qualquer documento que ateste a opção por cumprimento de CPT citando a doença ou lesão preexistente relacionada.

O valor total da mensalidade do plano referente ao beneficiário, nos planos coletivos, deverá corresponder à soma da parcela paga pelo beneficiário e da parcela paga pela pessoa jurídica contratante. Se a contribuição do beneficiário se der por percentual do salário, deverá ser informado o valor da última mensalidade em reais. Mesmo que o beneficiário esteja em gozo de remissão, a informação do valor total da mensalidade do plano deve ser fornecida pela operadora.

A operadora do plano de origem terá o prazo de 10 (dez) dias para disponibilizar a Declaração para fins de Portabilidade, quando solicitada pelo beneficiário. A solicitação poderá ser feita por meio de quaisquer canais de atendimento da operadora que assegure o recebimento pelo consumidor.

19) O que é Prazo de Permanência e como comprovar que o Prazo foi cumprido no Plano para fazer a Portabilidade de Carências?

Prazo de permanência é o período ininterrupto em que o beneficiário deve permanecer vinculado ao plano/operadora de origem para se tornar apto ao exercício da portabilidade de carências. Para realizar a portabilidade, o beneficiário deve permanecer no plano de origem pelo prazo mínimo de 2 anos, ou pelo prazo de 3 anos, se tiver cumprido cobertura parcial temporária (CPT) para doenças e lesões pré-existentes.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Se o beneficiário ingressou no seu plano atual exercendo a Portabilidade de Carências, o prazo mínimo de permanência exigido no plano passa a ser de 1 ano, mas se essa portabilidade foi para um plano com coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano anterior, o prazo mínimo a ser cumprido será de 2 anos para a próxima portabilidade.

Quando o beneficiário tiver aderido a um novo contrato de uma operadora via oferta pública, o prazo de permanência deverá ser de 1 ano neste plano para o exercício da portabilidade de carências. Nos casos de transferência de carteira, considerando que o contrato original é mantido, deve-se considerar a data do início do contrato na operadora anterior para contar o tempo de permanência no plano.

Para fins de contagem do prazo de permanência nos casos em que o beneficiário tenha realizado mudança de plano na mesma operadora, sem interrupção de tempo e entre planos com segmentação assistencial idêntica, será considerada a soma do período em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem desde o primeiro plano.

Para comprovar que cumpriu o prazo de permanência, o beneficiário deverá apresentar na operadora do plano de destino um dos seguintes documentos: proposta de adesão assinada, ou contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência. O beneficiário poderá solicitar as declarações para a comprovação de prazo de permanência à operadora do plano de origem, que terá até 10 dias para fornecer o documento.

20) Quais são as regras de Portabilidade de Carências para o Recém-nascido e para o Filho Adotivo menor de 12 anos?

Ao recém-nascido, filho natural ou adotivo, que tenha sido inscrito no plano do pai/mãe/responsável como dependente no prazo máximo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, não poderá ser exigido o requisito do prazo de permanência no plano de origem para o exercício da portabilidade de carências, desde que o plano do pai/mãe/responsável inclua a cobertura obstétrica.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Além disso, se o pai/mãe/responsável realizou a portabilidade para outro plano que possua cobertura obstétrica, deverá ser assegurada a inscrição do recém-nascido, filho natural ou adotivo, nesse outro plano, isento do cumprimento dos períodos de carência, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, mesmo que o recém-nascido não tenha sido anteriormente inscrito no plano de origem do pai/mãe/responsável.

Ao filho adotivo menor de 12 anos que tenha sido inscrito no plano como dependente no prazo de 30 (trinta) dias da adoção, não poderá ser exigido o requisito do prazo de permanência no plano de origem para o exercício da portabilidade de carências.

A norma de portabilidade de carências versa sobre todos os filhos do beneficiário. Logo, aplicase o entendimento vinculativo disposto na Súmula Normativa nº 25, de 2012, também para o direito à portabilidade sem o requisito de prazo de permanência aos menores de 12 (doze) anos adotados por beneficiário de plano de saúde, ou sob guarda ou tutela deste.

Importante ressaltar que, com exceção do prazo de permanência, todas as demais regras da norma de portabilidade de carências são aplicáveis ao recém-nascido ou ao filho adotivo, como, por exemplo, a exigência de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

Vale observar que, passado o prazo de 30 (trinta) dias, o recém-nascido ou o filho adotivo não inscrito nesse período como dependente no plano do pai/mãe/responsável deverá cumprir o requisito do prazo de permanência no plano de origem para realizar a portabilidade de carências.

21) Quais são as regras de Portabilidade de Carências para o Beneficiário que teve o vínculo extinto com o seu Plano de Saúde?

O direito a portabilidade por extinção de vínculo ocorrerá por:

PERGUNTAS E RESPOSTAS

- por morte do titular do contrato;
- por perda da condição de dependência;
- por demissão, exoneração ou aposentadoria, ou término do direito de manutenção no plano por força dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98; ou
- por rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

Nesses casos não se aplicam os seguintes requisitos:

- vínculo ativo;
- prazo de permanência; e
- compatibilidade por faixa de preço.

Além disso, a portabilidade poderá ser exercida por beneficiários de planos não regulamentados, contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

O **prazo** para requerer a portabilidade por extinção de vínculo é de **60 dias** a partir da sua efetiva exclusão do plano ou da data em que tomar conhecimento da sua exclusão.

Essas regras diferenciadas não valem para o beneficiário que fez o cancelamento a pedido do seu vínculo, ou foi excluído do plano por fraude ou inadimplência.

22) O que é Benefício de Ex-empregado?

É o direito do beneficiário demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado de manter o plano na mesma cobertura assistencial, desde que tenha contribuído com o pagamento da mensalidade do plano de saúde e que assuma o pagamento integral das mensalidades futuras.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

23) Quais são as regras de Portabilidade de Carências para o Ex-empregado?

Para o ex-empregado demitido, exonerado ou aposentado, há duas situações possíveis para o exercício da portabilidade de carências.

Solicitar a portabilidade no “ato” da demissão/exoneração/aposentadoria: tendo ou não contribuído para o pagamento da mensalidade do plano de saúde. **Prazo para requerer:** 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, independentemente do cumprimento de aviso prévio.

Solicitar a portabilidade após o término do plano ex-empregado. Prazo para requerer: 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora.

Lembrando que, nesses casos, o beneficiário poderá fazer a portabilidade mesmo que não esteja mais vinculado ao seu plano, a ele não será exigido o tempo mínimo de permanência no plano, e ele poderá escolher um plano independentemente de seu preço. Além disso, a portabilidade poderá ser exercida por beneficiários de planos não regulamentados, contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998.

24) O beneficiário pode solicitar portabilidade durante a vigência do plano ex-empregado?

Sim. Mas, nesse caso, deverá cumprir todos os requisitos previstos no artigo 3º da norma (Ver requisitos da Questão 15).

25) Quem pediu demissão tem direito à portabilidade de carências?

Sim. Em caso de demissão, é assegurada a portabilidade de carências independentemente do motivo do desligamento, tais como: demissão por justa causa, pedido de demissão, ou desligamento pelo término do contrato de experiência.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

26) O que é o Relatório de Compatibilidade emitido pelo Guia ANS de Planos de Saúde?

O relatório de compatibilidade emitido pelo Guia ANS é o documento que demonstra que o plano do beneficiário (plano de origem) é compatível com o plano selecionado (plano de destino) para fins de portabilidade de carências, na data da consulta. Para que os planos sejam compatíveis, o plano de origem do beneficiário deve estar enquadrado em uma faixa de preço igual ou superior à faixa de preço do plano de destino. Além de mostrar a compatibilidade entre os planos, o relatório guarda todas as informações relativas às características dos planos de origem e de destino, e algumas informações sobre o beneficiário.

27) Qual o prazo de validade do Relatório de Compatibilidade?

O relatório de compatibilidade é emitido pelo Guia de Planos da ANS juntamente com um número de protocolo, e tem **validade de 5 (cinco) dias** a partir da sua emissão. Caso o beneficiário não formalize a solicitação de portabilidade junto à operadora do plano de destino, ou administradora de benefícios responsável pelo plano selecionado, neste prazo, deverá **emitir novo relatório** de compatibilidade.

28) Qual o prazo da operadora/administradora de benefícios para analisar a solicitação de portabilidade de carências?

A Operadora do plano de destino ou a Administradora de Benefícios terá 10 (dez) dias para analisar a solicitação de portabilidade de carências, e os documentos comprobatórios apresentados pelo beneficiário, e enviar resposta conclusiva, devidamente justificada, informando se o beneficiário atende aos requisitos para realizar a portabilidade.

Se o beneficiário não atender a algum dos requisitos para realizar a portabilidade, o pedido de portabilidade de carências poderá ser recusado. O não envio de resposta ao beneficiário no prazo de 10 (dez) dias implica na aceitação da portabilidade de carências.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

29) Por quais canais a portabilidade de carências deverá ser realizada?

A portabilidade deverá ser realizada pelos mesmos canais que a operadora disponibiliza para a contratação de planos de saúde. Se a Operadora do plano de destino ou a Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino oferecer a contratação eletrônica de planos de saúde, a realização da portabilidade de carências também deverá ser disponibilizada por via eletrônica.

30) Quando se dá o início da vigência do plano de destino individual/familiar após o pedido de Portabilidade?

Se o beneficiário atender a todos os requisitos para a portabilidade, a vigência do plano de destino se inicia a partir da conclusão da análise do pedido de portabilidade pela Operadora.

Para plano de destino de contratação Individual ou Familiar, o prazo máximo para o início da vigência é de 10 (dez) dias a partir do pedido de portabilidade.

31) Quando se dá o início da vigência do plano de destino coletivo (adesão ou empresarial) após o pedido de Portabilidade?

A data de início de vigência do vínculo do beneficiário no plano de destino deverá observar a movimentação cadastral acordada contratualmente na relação entre a pessoa jurídica contratante e a Operadora ou a Administradora de Benefícios.

32) É possível fazer a Portabilidade para um plano que possui coberturas assistenciais não previstas no plano de origem?

Sim, o plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, nesse caso, é devido o cumprimento de períodos de carências para as novas coberturas assistenciais pela operadora do plano de destino e preenchimento de Declaração de Saúde.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

33) Pode haver alguma imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT) no exercício da Portabilidade de Carências?

Para o beneficiário que está vinculado ao plano atual há mais de 24 (vinte e quatro) meses, não poderá haver nenhuma imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT) no exercício da Portabilidade de Carências para plano de mesma segmentação assistencial ou de segmentação inferior.

Para o beneficiário que está vinculado ao plano atual há menos de 24 (vinte e quatro) meses e está cumprindo Cobertura Parcial Temporária (CPT), poderá haver imposição do cumprimento dos respectivos períodos remanescentes de CPT no plano de destino, conforme o caso. Nessa hipótese, o beneficiário deverá entregar a Declaração da Operadora do Plano de Origem para fins de Portabilidade, que deverá conter as informações a respeito de cumprimento de CPT e a cópia da Declaração de Saúde ou documento que ateste o cumprimento de CPT para doença ou lesão preexistente declarada no plano de origem.

Para o **beneficiário que foi dispensado do preenchimento da Declaração de Saúde no ato da adesão do plano de origem** e está vinculado ao plano há menos de 24 (vinte e quatro) meses, tendo em vista que nunca lhe foi imputado o cumprimento de Cobertura Parcial Temporária (CPT), é vedada a exigência de preenchimento de declaração de saúde e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) para se realizar a portabilidade de carências.

Independentemente do tempo de permanência no plano, se a portabilidade for realizada para um plano que possua coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano atual, poderá ser exigido o preenchimento de formulário de Declaração de Saúde com possibilidade de alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) no plano de destino para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem e, conforme o caso, poderá ocorrer a imposição de Cobertura Parcial Temporária (CPT) pela operadora. Essa é a única situação em que é possível que a operadora exija o preenchimento de declaração de saúde. Em qualquer outra hipótese, é vedada a exigência de preenchimento de declaração de saúde e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) para se realizar a portabilidade de carências.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

34) Como o beneficiário pode comprovar que está em dia com o Pagamento das Mensalidades na Operadora do seu Plano de Saúde?

Para comprovar a adimplência, o beneficiário deverá apresentar na operadora do plano de destino um dos seguintes documentos: comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, ou declaração da operadora do plano de origem ou qualquer outro documento hábil à comprovação da regularidade do pagamento das mensalidades.

35) É preciso pagar alguma Taxa para ter direito à Portabilidade de Carências?

Não. É proibido qualquer tipo de cobrança adicional para a realização da portabilidade de carências. Além disso, o preço dos planos não pode ser diferenciado para o beneficiário que esteja fazendo a portabilidade de carências em relação ao beneficiário que esteja fazendo uma contratação de plano sem portabilidade.

36) Como o beneficiário que não pode imprimir o Relatório de compatibilidade deve proceder?

O beneficiário poderá levar o número de protocolo emitido pelo Guia de Planos da ANS. Com o número de protocolo é possível realizar a consulta ao relatório de compatibilidade pelo site da ANS tanto pela operadora como pelo beneficiário. A operadora do plano de destino poderá efetuar a impressão do relatório de compatibilidade para que o beneficiário possa realizar a portabilidade de carências.

37) Que informações são necessárias para buscar por planos para realizar a Portabilidade de Carências?

O beneficiário deverá informar o seu CPF, a sua data de nascimento, o local de contratação e o valor da mensalidade do seu plano (o valor não precisará ser informado se o plano for da modalidade pós-pagamento). O sistema solicitará a confirmação de algumas informações, como a data de adesão ao plano e/ou a data de adaptação do contrato. O beneficiário deve preencher o formulário respondendo às perguntas que forem apresentadas pelo sistema.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

38) Qual o valor deve ser informado na consulta da portabilidade de carências?

Deve ser informado o valor da mensalidade. Não deverá considerar eventuais valores relativos a tarifas bancárias, coberturas adicionais contratadas em separado, valores referentes a coparticipação ou franquia, multa, juros, e quaisquer outras despesas acessórias.

Na hipótese de plano coletivo, o valor da mensalidade a ser informado deverá corresponder à soma da parcela paga pelo beneficiário e da parcela paga pela pessoa jurídica contratante, se houver.

39) O que fazer se o Beneficiário não localizar o seu Plano no Guia ANS de Planos de Saúde?

O beneficiário que não conseguir identificar o seu plano de saúde no módulo de Portabilidade de Carências do Guia ANS de Planos de Saúde, mesmo após inserir o número de registro da operadora e o número de registro do plano, pode abrir uma demanda na Central de Atendimento ao Consumidor, bastando clicar no link Fale Conosco presente no cabeçalho do Guia de Planos.

Caso se constate que o vínculo do beneficiário ao plano de origem não consta das bases de dados do Guia ANS de Planos de Saúde, a ANS enviará ao beneficiário ofício autorizativo para que este realize a Portabilidade de Carências. O pedido de portabilidade com a entrega do ofício autorizativo deve ser aceito pela operadora do plano de destino e substituído para todos os efeitos a apresentação do relatório de compatibilidade emitido pelo Guia ANS de Planos de Saúde. O ofício autorizativo não exime o beneficiário do cumprimento dos demais requisitos para realizar a portabilidade de carências.

40) No contrato individual/familiar, qualquer integrante do contrato pode exercer a Portabilidade de Carências individualmente?

Sim. A portabilidade de carências é um direito do indivíduo. Nos casos dos contratos familiares, extinguem-se os vínculos apenas dos beneficiários que exercerem a portabilidade, mantendo-se o contrato para os demais beneficiários.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Nos planos individuais/familiares, se o pedido de portabilidade for feito pelo beneficiário titular do contrato, somente para ele, a portabilidade poderá ser exercida encerrando-se apenas o vínculo do beneficiário titular, os demais vínculos do contrato do plano serão preservados.

Já nos planos coletivos, os vínculos dos dependentes serão extintos pois há previsão expressa nos contratos da Unimed Grande Florianópolis de que a saída do titular implica na exclusão de seus dependentes.

41) Os beneficiários de plano ou plano misto podem exercer a portabilidade? Como é feita a Compatibilidade de Preço de Planos em Pós-pagamento ou Preço Misto para a Portabilidade?

Sim, podem exercer a portabilidade. Os planos com formação de preço pós-estabelecido, ou em pós-pagamento, por não possuírem um valor fixo pré-determinado, não são passíveis de enquadramento em uma faixa de preço. Dessa forma, os beneficiários de planos de saúde com formação de preço pós-estabelecido podem realizar a portabilidade de carências sem a exigência da compatibilidade de preço, desde que cumpridos os demais requisitos para a Portabilidade.

Os planos com formação de preço misto seguirão a mesma regra dos planos em pós-pagamento, por também não possuírem um valor fixo pré-determinado, já que parte da composição do preço é pós-estabelecida. Dessa forma, não poderá ser exigida a compatibilidade por faixa de preço para a portabilidade, quando o plano de origem tiver formação de preço misto.

42) Como deve ser realizada a contagem do prazo de permanência se o beneficiário teve mais de um plano na mesma operadora?

Para fins de contagem do prazo de permanência para a portabilidade, nos casos em que tenha havido mudança de plano na mesma operadora, sem interrupção de tempo e entre planos com cobertura assistencial idêntica (mesma segmentação assistencial), será considerado todo o período em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem desde o primeiro plano.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

43) Quais são as regras de Portabilidade para o Beneficiário que está internado?

Se o beneficiário estiver internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação hospitalar.

Exceções:

- portabilidade em razão da saída da operadora do mercado;
- por morte do titular do contrato;
- perda da condição de dependência;
- por demissão, exoneração ou aposentadoria; ou
- por rescisão do contrato coletivo pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante.

Ressalvadas as exceções, se a portabilidade for realizada por beneficiário que estava em internação hospitalar, a operadora do plano de destino poderá invalidar a portabilidade e exigir o cumprimento dos prazos de carências cabíveis ao beneficiário, podendo cobrar as custas decorrentes de coberturas assistenciais porventura já utilizadas no plano, desde que o beneficiário seja previamente comunicado da perda do direito à portabilidade pelo não cumprimento do requisito, e informado sobre os prazos de carência a serem cumpridos no plano.

Na hipótese de perda do direito à portabilidade de carências, deverá ser seguido o rito normal de contratação de plano de saúde sem portabilidade de carências, inclusive em relação ao preenchimento de Declaração de Saúde.

44) Quais são as regras de Portabilidade para o Beneficiário que está no Fundo de Extensão Assistencial (FEA)/Remissão?

A portabilidade de carências poderá ser exercida por beneficiários que estiverem em gozo do período de remissão, podendo esta ser requerida após o término da remissão ou durante a remissão, que será encerrada a partir do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Se o beneficiário requerer a portabilidade durante o gozo do FEA: deverá cumprir todos os requisitos da portabilidade (prazo de permanência, compatibilidade de faixa de preço, etc). Em relação à compatibilidade por faixa de preço, o beneficiário deverá informar o valor da mensalidade que estaria pagando, ou seja, o valor que pagava antes de entrar em remissão atualizado pelos reajustes sofridos no contrato (essa informação deverá constar da Declaração da Operadora do Plano de Origem para fins de Portabilidade).

Se o beneficiário requerer a portabilidade após o término do FEA: deverá requerer a portabilidade dentro do prazo de **60 (sessenta) dias** a partir da sua efetiva exclusão do plano ou da data em que tomar conhecimento da sua exclusão. Nesse caso, não se aplicam os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço.

45) É possível realizar a Portabilidade para um plano de destino que esteja em situação Ativo com Comercialização Suspensa?

Em regra, para o exercício da portabilidade, o plano de destino não poderá estar com registro em situação “cancelado” ou “ativo com comercialização suspensa”.

No entanto, há situações em que o beneficiário poderá ingressar em um plano em situação “ativo com comercialização suspensa”, e, portanto, poderá realizar a portabilidade para ingressar nesse plano. São elas, especificamente:

- Filhos e novo cônjuge que sejam incluídos como dependentes do beneficiário titular já vinculado ao plano ativo com comercialização suspensa; ou
- Novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados de plano coletivo que estiver ativo com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora

PERGUNTAS E RESPOSTAS

Na entrada de beneficiários em contratos já firmados, deve ser seguida a tabela de preço disposta em contrato, atualizada pelos reajustes ocorridos durante sua vigência.

Ressaltamos que em nenhuma hipótese é possível realizar a portabilidade para planos em situação “Cancelado”.

46) Como será verificada a compatibilidade de preços para a portabilidade de carências para um plano de destino em situação Ativo com Comercialização Suspensa?

Neste caso, o Guia de Planos da ANS não faz o cálculo de compatibilidade de preço, as operadoras é que terão que fazê-lo, de posse das informações das mensalidades dos planos de origem e de destino.

Assim, considera-se na mesma faixa de preço, para fins de compatibilidade entre planos, o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem acrescida de 30% (trinta por cento). Ou seja, o beneficiário pode fazer portabilidade para um plano que seja até 30% mais caro que o seu plano atual.

47) A portabilidade de carências pode ser exercida por pessoas jurídicas?

A portabilidade de carências não pode ser exercida por pessoas jurídicas, isto é, não há previsão normativa para a portabilidade de contratos. A portabilidade de carências é um direito individual concedido aos beneficiários de planos de saúde, independentemente do tipo de contratação, de um plano de origem para um plano de destino.

Quando o plano de destino for de contratação coletiva, o **contrato deve estar vigente** para que a portabilidade seja exercida, e o beneficiário deverá comprovar elegibilidade para ingresso no contrato.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

48) Como deve ser feito o cancelamento do Plano de Origem do beneficiário no processo de Portabilidade de Carências?

Ao exercer a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino. A operadora do plano de destino deverá comunicar ao beneficiário sobre essa obrigação.

Somente a partir do aceite da portabilidade e da data de início de vigência do plano de destino é que o beneficiário passa a ter 5 (cinco) dias para solicitar o cancelamento do plano de origem.

Ou seja, o cancelamento do plano de origem deverá ser solicitado pelo beneficiário somente após ter ingressado no plano de destino pela portabilidade. O cancelamento nunca poderá ser exigido pela operadora do plano de destino antes que o beneficiário tenha sido incluído no plano.

49) Como a Operadora do Plano de Origem deve informar o cancelamento do vínculo do beneficiário à ANS no SIB?

A operadora do plano de origem, ao informar o cancelamento do vínculo do beneficiário à ANS por meio do Sistema de Informação de Beneficiários-SIB, deverá informar que o motivo do cancelamento foi a portabilidade de carências, e não o pedido do beneficiário.

50) Como a Operadora do Plano de Destino deve informar a inclusão do beneficiário por portabilidade de carências?

Atualmente, o SIB possui um campo denominado “plano de origem (portabilidade)”, que deverá ser preenchido com o número de registro ANS do produto de origem do beneficiário que ingressou via portabilidade de carências. O número de registro do plano de origem constará do Relatório de Compatibilidade de Planos para fins de Portabilidade, emitido pelo Guia ANS de Planos de Saúde.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

51) O beneficiário pode mudar para um plano de saúde mais caro?

Sim, desde que a mudança entre planos ocorra dentro de uma mesma faixa de preço (mensalidade do plano de destino igual ou inferior à faixa de preço do plano de origem). Além disso, se a mudança for entre planos empresariais, não é exigida a compatibilidade por faixa de preço.

52) Quem pede demissão também pode mudar para outro plano sem cumprir carências?

Sim, nesse caso o beneficiário poderá realizar a portabilidade no prazo de 60 dias a contar da data da ciência da extinção do seu vínculo com a operadora. A portabilidade ainda será realizada sem a necessidade do cumprimento dos requisitos de compatibilidade de preço e tempo de permanência.

53) Atualmente a análise da DVCR acerca da portabilidade de carências é realizada pelo SGU Web sempre que solicitado pela pessoa jurídica Contratante. Contudo, existem pessoas jurídicas que condicionam a contratação do plano a consulta prévia de portabilidade dos futuros beneficiários? Nesses casos, existe a possibilidade de realizar pré consulta antes de firmar o plano com a pessoa jurídica?

A DVCR somente analisa às solicitações de portabilidade de carências de beneficiários que desejam ser incluídos em contratos já firmados e implantados. Dessa forma, consultas/confirmações de direito à portabilidade que forem anteriores à contratação, devem ser realizadas pela própria área comercial, se houver interesse em atender a condição imposta pela pessoa jurídica Contratante.

PERGUNTAS E RESPOSTA

54) Quando o beneficiário que está exercendo a portabilidade de carências deverá preencher nova Declaração de Saúde (DS) na operadora de destino? O que acontece se ao preencher a DS for identificado que o beneficiário possui Doença ou Lesão Preexistente (DLP)?

O beneficiário deverá preencher nova Declaração de Saúde (DS) no plano de destino sempre que houver ampliação de cobertura, ou seja, coberturas não previstas no plano de origem. Exemplo: Beneficiário “X” possui plano de origem com segmentação ambulatorial. Ao exercer a portabilidade ingressou em plano com segmentação ambulatorial + hospitalar + obstétrica. Nesse caso, deve preencher DS, visto que no plano de origem não estavam contempladas às coberturas hospitalar e obstétrica.

Considerando o exemplo acima, se declarar na DS que possui doença/lesão preexistente cumprirá Cobertura Parcial Temporária (CPT) por 24 meses para as coberturas hospitalar e obstétrica. Isso significa dizer que durante 24 meses a cobertura de cirurgias, leitos de alta tecnologia e Procedimentos de Alta Complexidade - PAC diretamente relacionados à doença ou lesão preexistente declarada ficarão suspensas.

Importante destacar que, para preenchimento de nova DS a operadora deve considerar/analisar apenas se houve ampliação de cobertura, não devendo ser considerada a ampliação de área de abrangência e/ou padrão de acomodação.

55) Em caso de inadimplência da pessoa jurídica Contratante, a operadora pode negar a solicitação de portabilidade realizada pelo beneficiário?

Se a pessoa jurídica Contratante estiver inadimplente e o beneficiário contribuir com o pagamento da mensalidade, a portabilidade não será negada desde que o beneficiário apresente documento hábil para comprovar o pagamento do plano, como por exemplo, contracheque com desconto do plano de saúde OU boleto bancário com comprovante de pagamento. Se, por outro lado, a pessoa jurídica Contratante estiver inadimplente e o beneficiário não contribuiu com o pagamento da mensalidade do plano, a portabilidade pode ser negada.

PERGUNTAS E RESPOSTAS

56) Sobre o período ininterrupto, será considerado somente a carta de portabilidade da última operadora, ou será considerado mais de um plano (várias operadoras)?

Se o beneficiário mudou de plano com coberturas idênticas na mesma operadora, sem interrupção de cobertura entre os planos, deve ser considerado o período total que permaneceu vinculado à operadora de origem. Portanto, deve ser considerada a Carta de Portabilidade de Carências da última operadora (operadora do plano de origem).

57) Na solicitação de portabilidade de carência de um grupo familiar, a operadora pode aceitar uma única Carta de Portabilidade referente ao grupo ou deve ser apresentada uma carta por beneficiário?

A operadora pode aceitar uma Carta de Portabilidade de Carências contemplando todo o grupo familiar. Contudo, na carta devem constar as informações (ver Questão 18) individualizadas de cada beneficiário. É importante lembrar que a análise dos critérios de portabilidade é realizada de forma individualizada, ou seja, para que todos os membros do grupo familiar exerçam a portabilidade, todos devem preencher os requisitos definidos na Resolução Normativa nº 438/18. Aqueles que não preencherem um ou mais requisitos devem ser orientados a contratar o plano pela via normal, sem portabilidade de carências e, conseqüentemente, com cumprimento dos prazos de carência e preenchimento de Declaração de Saúde, quando devidos.

58) Quando a portabilidade de carências pode ser recusada?

Sempre que não forem cumpridos todos os requisitos do artigo 3º da RN 438/2018 (ver Questão 15) e/ou quando for solicitada após os prazos legais (ver Questões 20, 21, 23, 44 e 52).

REFERÊNCIAS

Resolução Normativa n. 438/2018.

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index.php/legislacao>

Acesso em: 19/06/2019

Novas regras de portabilidade entram em vigor.

Disponível em:

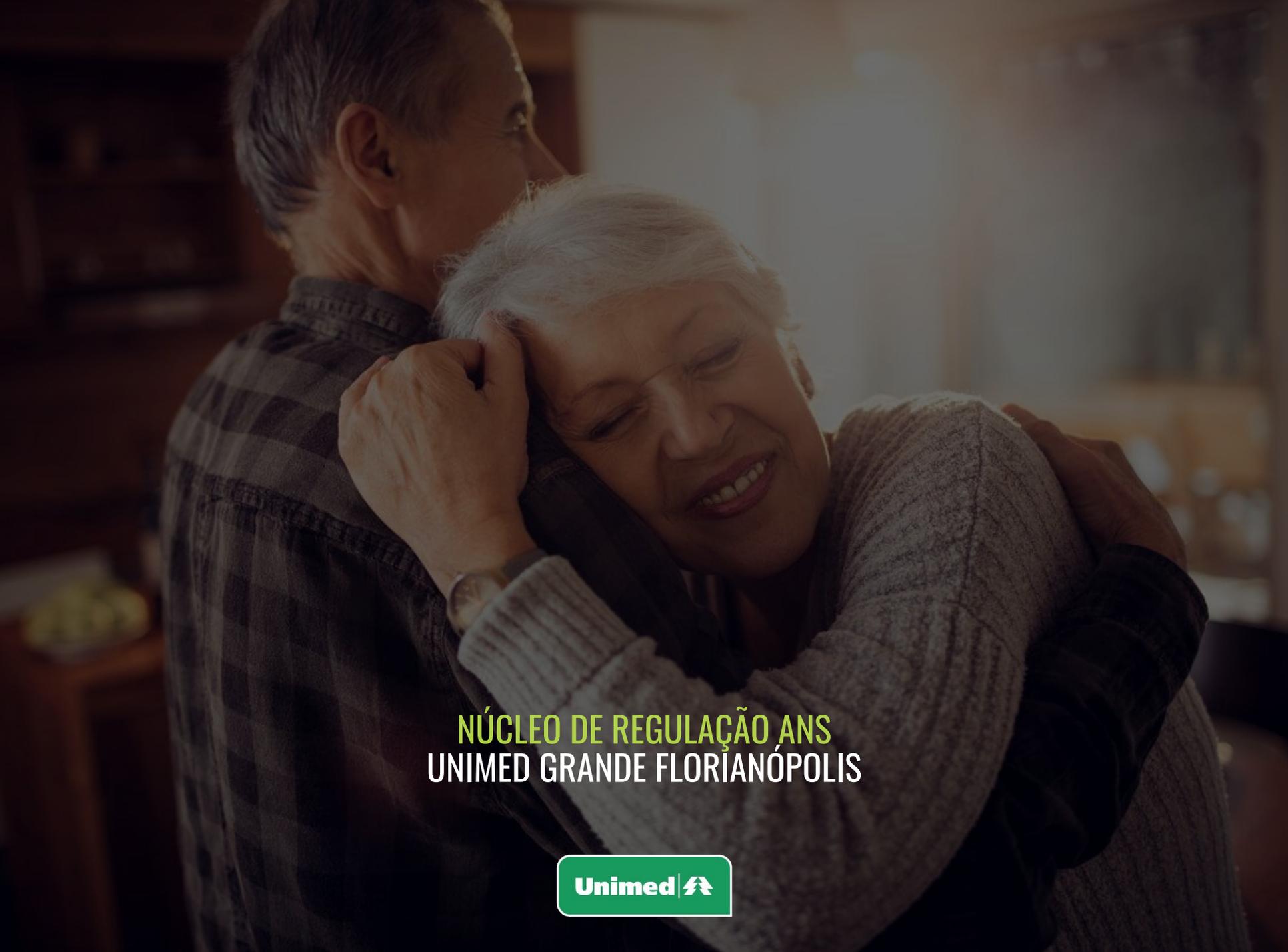
<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/5003-novas-regras-de-portabilidade-entram-em-vigor>

Acesso em: 19/06/2019

Perguntas Frequentes – Portabilidade de Carências (RN 438).

Disponível em: www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da.../oficinas-ggprep-ciclo3-faq.pdf

Acesso em: 19/06/2019



NÚCLEO DE REGULAÇÃO ANS
UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS

Unimed 