

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº XXXX, DE XX DE XXXXXX DE 2017

Altera a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, altera a Resolução Normativa – RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências, altera a Instrução Normativa – IN nº 19 da DIPRO, de 3 de abril de 2009, que dispõe sobre o detalhamento da RN nº 186, de 2009, altera a Instrução Normativa – IN nº 23 da DIPRO, de 1 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, altera a Resolução Normativa– RN nº 254, de 05 de maio de 2011, que dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999, e revoga a Instrução Normativa-IN nº 41 da DIPRO, de 05 de dezembro de 2012.

A Diretoria Colegiada da Agencia Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º, incisos XXIV, XXVIII e XXXII do artigo 4º e inciso II do artigo 10 da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com a alínea "a" do inciso II do artigo 64 do anexo I da Resolução Normativa - RN nº 81, de 02 de setembro de 2004, em reunião realizada no dia XX de XXXXX de 2016, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

Art. 1º A presente Resolução Normativa altera a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de Autorização de Funcionamento das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, altera a Resolução Normativa-RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências previstas no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, altera a Instrução Normativa – IN nº 19 da DIPRO, de 3 de abril de 2009, que dispõe sobre o detalhamento da RN nº 186, de 2009, altera a Instrução Normativa – IN nº 23 da DIPRO, de 1 de dezembro de 2009, que dispõe sobre os procedimentos do Registro de Produtos, altera a Resolução Normativa– RN nº 254, de 05 de maio de 2011, que dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999, e revoga a Instrução Normativa-IN nº 41 da DIPRO, de 05 de dezembro de 2012.

Art. 2º O inciso II e os §§ 4º ao 9º do artigo 21 da RN nº 85, de 2004, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 21

II - a pedido da operadora.

§4º Na hipótese de suspensão por determinação da ANS, nos casos de descumprimento das condições de manutenção do registro, poderá ser concedido o prazo de até 10 (dez) dias para alteração de condições de operação do produto ou envio de esclarecimentos.

§5º Na hipótese de suspensão por determinação da ANS, nos casos definidos em regulamentação específica, o trâmite para regularização das condições de operação do plano deverá ser explicitado em normativo próprio.

§6º A suspensão ou reativação do registro de produto a pedido da operadora vigorará a partir da data do seu deferimento pela ANS, e deverá ser formulada por escrito, com 60 (sessenta) dias de antecedência da data pretendida para a suspensão ou reativação, contados da data da protocolização na ANS, contendo a identificação e assinatura do representante legal da operadora na Agência, o número de registro da operadora, o número de registro do produto e a data a partir da qual este será suspenso ou reativado.

§7º Caso não seja informada a data a partir da qual o produto será suspenso ou reativado, conforme parágrafo anterior, ou esta data informada seja inferior a 60 (sessenta) dias da data da protocolização na ANS, a suspensão ou reativação do registro do produto será efetivada 60 (sessenta) dias após a data de protocolização do pedido na ANS.

§8º Será devolvido o pedido de suspensão ou reativação de registro de produto cuja documentação esteja em desacordo com o disposto no §6º deste artigo.

§9º Somente será suspenso a pedido da operadora o registro de produto considerado "ativo", nos termos do inciso I do artigo 12 desta Resolução.”

Art. 3º A RN nº 85, de 2004, passa a vigorar acrescida dos §§ 10 ao 13 do artigo 21, com a seguinte redação:

“Art. 21

§10 Não será suspenso a pedido da operadora o último plano referência, caso haja algum plano ativo no mesmo tipo de contratação.

§11 Não será suspenso a pedido da operadora o último plano odontológico com formação de preço pré-estabelecida, caso haja algum plano com formação de preço misto ativo no mesmo tipo de contratação.

§12 Na hipótese da existência de produto com registro suspenso a pedido da operadora, a reativação do produto poderá ser requerida à ANS.

§13 Somente será reativado o registro de produto considerado "ativo com comercialização suspensa", nos termos do inciso II do artigo 12 desta Resolução.”

Art. 4º Os incisos V e VI do artigo 2º; o **caput**, os incisos I, II, III e V, a alínea “b” do inciso II, e os §§ 1º ao 5º do artigo 3º; o §1º do artigo 6º; o inciso III do artigo 7º; o **caput** e os §§ 1º ao 7º do artigo 7º-A; o **caput** do artigo 7º-B; o **caput** e os incisos I a IV do artigo 7º-C; os incisos I a III, e os §§ 1º e 2º do artigo 8º; o **caput** do artigo 9º; o **caput** do artigo 10; os §§ 1º e 2º do artigo 11; e o **caput** do artigo 14, todos da RN nº 186, de 2009, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º

V - Portabilidade de Carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde de qualquer tipo de contratação e qualquer segmentação assistencial, com registro de produto na ANS, concomitantemente à rescisão de contrato referente a um plano privado de assistência à saúde de qualquer tipo de contratação e qualquer segmentação assistencial, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656/1998, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem, observados os requisitos dispostos nesta Resolução; e

VI - Portabilidade Especial de Carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde de qualquer tipo de contratação e qualquer segmentação assistencial, com registro de produto na ANS, em outra operadora, na hipótese de cancelamento compulsório do registro de operadora de origem ou de sua Liquidação Extrajudicial, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem, observados os requisitos dispostos nesta Resolução.

Art. 3º Para realizar a Portabilidade de Carências, o beneficiário deve atender simultaneamente os seguintes requisitos:

I - estar adimplente na operadora do plano de origem;

II - tiver cumprido prazo de permanência:

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese de o beneficiário exercer a portabilidade para um plano de destino que possua segmentação assistencial mais abrangente do que o plano de origem.

III - o contrato do plano de origem deve estar vigente;

V - o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa” ou “cancelado”, salvo planos coletivos que estiverem com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora, em que não será vedado o ingresso de novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados.

§1º As faixas de preço previstas no inciso IV deste artigo estão definidas na Instrução Normativa-IN nº 19, de 3 de abril de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§2º A portabilidade de carências pode ser requerida pelo beneficiário a qualquer tempo após o cumprimento do prazo de permanência disposto no inciso II deste artigo.

§3º As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem comunicar aos seus beneficiários o cumprimento do prazo de permanência disposto no inciso II deste artigo, no mês do referido cumprimento, por qualquer meio que comprovadamente assegure a sua ciência, indicando o direito ao exercício da Portabilidade de Carências.

§4º O prazo de permanência previsto no inciso II deste artigo não será exigível do recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor que for inscrito no plano de origem como dependente no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção, na forma da alínea "b" do inciso III do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

§5º Quando da adesão do beneficiário em novo contrato com uma operadora com proposta autorizada via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá ser observado o prazo de permanência da alínea "b" do inciso II deste artigo para exercício de portabilidades posteriores.

Art. 6º

§1º Para a portabilidade de carências de todo o grupo familiar, é necessário o cumprimento dos requisitos desta Resolução por todos os beneficiários cobertos pelo contrato, ressalvada a regra prevista no §4º do artigo 3º desta Resolução.

Art. 7º

III - prazo, estabelecido em Resolução Operacional, para exercício da Portabilidade Especial de Carências pelos seus beneficiários.

Art. 7º-A No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional fixando prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora a ser retirada compulsoriamente do mercado exerçam a Portabilidade Especial de Carências para plano de saúde de qualquer tipo de contratação e qualquer segmentação assistencial de outra operadora, na forma prevista nesta Resolução e com as especificidades descritas neste artigo.

§1º Não se aplicam à Portabilidade Especial de Carências os requisitos de prazo de permanência, contrato ativo e compatibilidade por faixa de preço, previstos, respectivamente, nos incisos II, III e IV do artigo 3º desta Resolução.

§2º A Portabilidade Especial de Carências pode ser exercida por todos os beneficiários da operadora a ser retirada compulsoriamente do mercado, independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura dos contratos, aplicando-se inclusive aos planos não regulamentados.

§3º 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.

§4º Para fins de cumprimento dos períodos remanescentes de carência ou cobertura parcial temporária referidos no §3º deste artigo, para a comprovação do tempo de permanência no plano de origem, admite-se qualquer documentação hábil, tais como: cópia da proposta de adesão; contrato assinado; ou todos os comprovantes de pagamento do período de permanência.

§5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 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 vinte e quatro meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

§6º O beneficiário que tenha 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.

§7º Os beneficiários de contrato extinto em decorrência da Liquidação Extrajudicial da operadora poderão exercer a Portabilidade Especial de Carências, dentro do prazo estipulado, conforme o caput deste artigo.

Art. 7º-B No curso de processo administrativo referente ao regime especial de Direção Fiscal ou Direção Técnica, ou nos casos de cancelamento compulsório do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial, caso não seja possível a aplicabilidade das disposições desta Resolução ou em hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público, a Diretoria Colegiada, motivadamente, poderá, por meio de Resolução Operacional, decretar a Portabilidade Extraordinária de Carências definindo as regras que deverão ser observadas para o exercício da portabilidade pelos beneficiários dessas operadoras.

Art. 7º-C A Portabilidade de Carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário, na forma prevista nesta Resolução e com as especificidades descritas neste artigo, nas seguintes hipóteses:

I - Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;

II - Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009;

III - Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem;

IV - Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

Art. 8º O beneficiário que pretender exercer a portabilidade de carências deverá entregar os seguintes documentos à operadora do plano de destino ou à Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino, ocasião em que esta deverá disponibilizar a proposta de adesão para assinatura, fornecendo segunda via, datada e assinada.

I - cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos, ou declaração da pessoa jurídica contratante ou da operadora de origem comprovando o adimplemento, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do atendimento ao requisito de adimplência previsto no inciso I do artigo 3º desta Resolução;

II - cópia da proposta de adesão, ou contrato assinado, ou todos os comprovantes de pagamento do período de permanência, ou declaração emitida pela operadora do plano de origem, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do atendimento ao requisito do prazo de permanência previsto no inciso II do artigo 3º desta Resolução;

III - comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 2009, caso o plano de destino seja de contratação coletiva.

§ 1º Caso o beneficiário não possua os documentos indicados nos incisos I e II deste artigo, este poderá solicitá-los à operadora do plano de origem, que deverá atendê-lo no prazo de dez dias, a contar da ciência do pedido, observando-se o disposto no artigo 4º desta Resolução.

§2º A operadora do plano de origem, quando solicitada por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, deverá informar a data da inclusão do beneficiário ao plano de saúde, o número do registro da operadora e o número do registro do plano contratado pelo beneficiário.

Art. 9º A operadora do plano de destino ou a Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino deverá concluir a análise da proposta e enviar resposta conclusiva e, devidamente justificada, no prazo máximo de vinte dias, informando se o beneficiário atende aos requisitos previstos nesta Resolução.

Art. 10 Caso o beneficiário não atenda aos requisitos previstos nesta Resolução, a operadora do plano de destino ou a Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a proposta de adesão pela regra de Portabilidade de Carências.

Art. 11

§ 1º O contrato do plano de destino entrará em vigor dez dias após a aceitação prevista no **caput** e no parágrafo único do artigo 9º desta Resolução.

§ 2º A operadora do plano de destino ou a Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino deverá comunicar, por quaisquer meios hábeis à certificação do recebimento, à operadora do plano de origem e ao beneficiário a data de início da vigência do contrato do plano de destino, antes da sua ocorrência, enviando cópia da proposta de adesão do plano de destino assinada pelo beneficiário.

Art. 14 Caso o beneficiário esteja internado, a Portabilidade de Carências deverá ser solicitada após a alta da internação.”

Art. 5º O capítulo II-A da RN nº186, de 2009, passa a vigorar com a seguinte redação:

“CAPÍTULO II-A DAS REGRAS EXCEPCIONAIS SOBRE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS”

Art. 6º A RN nº 186, de 2009, passa a vigorar acrescida dos §§ 6º ao 10, e dos incisos I ao V do §10 do artigo 3º; do parágrafo único do artigo 4º; do § 3º do artigo 6º; dos §§ 8º ao 11 do artigo 7º-A; dos §§ 1º ao 8º do artigo 7º-C; do **caput**, incisos I a V, e §§ 1º a 7º do artigo 8º-A; dos §§ 3º ao 7º do artigo 11; do **caput** e §§ 1º e 2º do artigo 11-A; do parágrafo único do artigo 12; e do **caput** do artigo 14-A, com a seguinte redação:

“Art. 3º.....

§6º Em contratos firmados anteriormente à 1º de janeiro de 1999 e adaptados à Lei nº 9656, de 1998, o prazo de permanência previsto no inciso II deste artigo será contado a partir da data da adaptação.

§7º Para os planos com formação do preço pós-estabelecido, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso IV deste artigo.

§8º Na portabilidade exercida individualmente pelo beneficiário e seus dependentes, em que o plano de origem e o plano de destino sejam do tipo de contratação Coletivo Empresarial, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso IV deste artigo.

§9º Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no inciso IV deste artigo, o plano de destino cuja contraprestação pecuniária seja menor ou igual à contraprestação pecuniária do plano de origem.

§10 O plano de destino poderá possuir segmentação assistencial mais abrangente do que o plano em que o beneficiário está vinculado, podendo ser exigido, nesse caso, o cumprimento de carência no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observando-se o disposto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998, fixando os seguintes períodos de carência:

I- prazo máximo de trezentos dias para partos a termo em cobertura obstétrica;

II- prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura odontológica;

III- prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura ambulatorial;

IV- prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura hospitalar;

V- prazo máximo de vinte e quatro horas para casos de urgência e emergência em cobertura hospitalar.

Art. 4º

Parágrafo único. Consideram-se custas adicionais a cobrança de quaisquer acréscimos diversos das condições normais de comercialização de um plano de saúde.

Art. 6º

§3º Na hipótese do §2º deste artigo, não poderá haver o recálculo do valor da contraprestação pecuniária dos beneficiários que permanecerem no contrato, sendo admitida apenas a exclusão de eventuais descontos, desde que estejam expressamente previstos em contrato, referentes a cada vínculo extinto.

Art. 7º-A

§8º Na Portabilidade Especial de Carências, a comprovação de adimplência prevista no inciso I do artigo 3º se dá através da apresentação de cópia dos comprovantes de pagamento de pelo menos quatro boletos vencidos, referentes ao período de seis meses estabelecido caso a caso em Resolução Operacional específica, ou declaração da pessoa jurídica contratante ou da operadora de origem, ou qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento.

§9º A partir da publicação da Resolução Operacional de que trata o caput deste artigo, a ANS divulgará, por qualquer meio que entender cabível e a seu critério, a abertura de prazo para exercício da Portabilidade Especial de Carências.

§10 O termo inicial do prazo para exercício da Portabilidade Especial de Carências é a data da publicação da Resolução Operacional, de que trata o caput deste artigo.

§11 Vislumbrando hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público, a Diretoria Colegiada, motivadamente, poderá, por meio de Resolução Operacional, afastar a aplicabilidade e dispor de forma distinta dos dispositivos deste artigo.

Art. 7º-C

§1º Não se aplica à Portabilidade de Carências tratada neste artigo os requisitos de prazo de permanência e contrato ativo, previstos, respectivamente, nos incisos II e III do artigo 3º desta Resolução.

§2º A Portabilidade de Carências tratada neste artigo deverá ser requerida no prazo de sessenta dias a contar da data da extinção do vínculo do beneficiário com a operadora de planos de saúde, ou do término do período de remissão, se houver.

§3º A Portabilidade de Carências tratada neste artigo poderá ser exercida independentemente do tipo de contratação e da data de assinatura do contrato de origem, aplicando-se inclusive aos planos não regulamentados.

§4º O beneficiário que esteja cumprindo carência ou cobertura parcial temporária no plano de origem, pode exercer a Portabilidade de Carências tratada neste artigo, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes.

§5º Para fins de cumprimento dos períodos remanescentes de carência ou cobertura parcial temporária referidos no §4º deste artigo, para a comprovação do tempo de permanência no plano de origem, admite-se qualquer documentação hábil, tais como: cópia da proposta de adesão; contrato assinado; ou todos os comprovantes de pagamento do período de permanência.

§6º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de vinte e quatro meses de contrato no plano de origem pode exercer a Portabilidade de Carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de vinte e quatro meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

§7º O beneficiário que tenha vinte e quatro meses ou mais de contrato no plano de origem pode exercer a Portabilidade de Carências tratada neste artigo sem o cumprimento de cobertura parcial temporária e sem o pagamento de agravo;

§8º A operadora do plano de origem deve comunicar aos beneficiários tratados no caput sobre o direito ao exercício da portabilidade pela extinção do vínculo com a operadora, por qualquer meio que comprovadamente assegure a sua ciência, indicando o valor da contraprestação pecuniária do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no §2º deste artigo.

Art. 8º-A O beneficiário que não conseguir identificar o plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode protocolizar solicitação de Portabilidade de Carências na ANS, que deve estar instruída com os seguintes documentos:

I - Cópia do contrato;

II - Cópia de documento que contenha o número do registro de produto na ANS ou código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA;

III - Cópia do comprovante de residência do beneficiário;

IV - Cópia do documento de identificação do beneficiário; e

V - Procuração, se a solicitação for feita mediante procurador.

§1º Na ausência dos documentos indicados nos incisos I, II e III deste artigo, serão buscadas as informações contidas nas bases de dados da ANS para atendimento à solicitação.

§2º Na ausência dos documentos tratados nos incisos IV e V deste artigo e caso a busca tratada no §1º deste artigo não indique o plano contratado pelo beneficiário, será expedido ofício para que este complemente a documentação no prazo de trinta dias, a contar do seu recebimento, sob pena de indeferimento.

§3º Após a juntada da documentação prevista nos incisos deste artigo, será realizada uma consulta ao módulo de Portabilidade de Carências do Guia ANS de Planos de Saúde.

§4º Caso se constate que o plano de origem não constava das bases de dados do Guia ANS de Planos de Saúde, conforme caput deste artigo, a ANS enviará ao beneficiário ofício autorizando a realização da Portabilidade de Carências, conforme modelo disposto no Anexo desta Resolução, desde que observados os requisitos dispostos nesta Resolução, indicando os possíveis planos de destino em comercialização no município de sua residência.

§5º O pedido de Portabilidade com a entrega do ofício autorizativo tratado no §4º deste artigo deve ser aceito pela operadora do plano de destino ou pela Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino, seguindo-se com os trâmites previstos nos artigos 9º e seguintes desta Resolução, e substitui para todos os efeitos a apresentação do relatório do Guia ANS de Planos de Saúde.

§6º Caso a consulta tratada no §3º deste artigo permita a localização do plano de origem do beneficiário, a ANS enviará ao beneficiário todas as informações necessárias para que este faça a consulta ao módulo da Portabilidade de Carências do Guia ANS de Planos de Saúde.

§7º O procedimento previsto neste artigo poderá ser realizado pelos Núcleos da ANS.

Art. 11

§3º A operadora do plano de origem deve adotar como fim da vigência do contrato o dia anterior à data prevista no §2º deste artigo.

§4º O início da vigência do contrato do plano de destino torna extinto o vínculo do beneficiário com o plano de origem.

§5º A proposta de adesão do plano de destino deverá conter uma cláusula em que conste a manifestação expressa do beneficiário em extinguir seu vínculo com o plano de origem, sob a condição de que a operadora de destino ou a Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino aceite a referida proposta de adesão.

§6º A assinatura de proposta com cláusula de extinção do vínculo de beneficiário com o contrato do plano de origem caracteriza o seu consentimento com o fim da cobertura assistencial.

§7º Na hipótese do §2º do artigo 6º desta Resolução, caso o proponente seja beneficiário titular de contrato familiar, a cláusula tratada no §5º deste artigo extingue apenas o seu vínculo de beneficiário, mantendo-se o mesmo na condição de responsável financeiro, e preservando-se os demais vínculos do contrato do plano de origem, salvo se um ou mais dependentes optar por assumir as obrigações contratuais, conforme disposto no §1º do artigo 3º da RN nº 195, de 2009.

Art. 11-A Até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua contraprestação pecuniária.

§1º A última contraprestação pecuniária do plano de origem deverá ser proporcional ao número de dias de cobertura do serviço.

§2º A operadora deverá adotar a cobrança pro-rata para a última contraprestação pecuniária ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso.

Art. 12

Parágrafo único. Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) no exercício do direito à Portabilidade de Carências ou à Portabilidade Especial de Carências, com exceção da hipótese em que o plano de destino possua segmentação assistencial mais abrangente do que o plano em que o beneficiário está vinculado, podendo ser exigido, nesse caso, o preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) com possibilidade de alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação

assistencial do plano de origem, observando-se o disposto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

Art. 14-A 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 imediatamente encerrada.”

Art. 7º O CAPÍTULO II-A da RN nº 186, de 2009, passa a vigorar acrescido da Seção I, composta pelos artigos 7º-A e 7º-B, e Seção II, composta pelo artigo 7º-C, com a seguinte redação:

“CAPÍTULO II-A

Seção I - Da Portabilidade Especial de Carências

Art. 7º-A

Art. 7º-B

Seção II - Da Portabilidade de Carências exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário

Art. 7º-C

”

Art. 8º Fica alterado o anexo da RN nº 186, de 2009, que será substituído pelo anexo desta Resolução.

Art. 9º Revogam-se os incisos VII e VIII do artigo 2º; os incisos IV, V e VI do artigo 7º; os incisos I ao IV do artigo 7º-A; os incisos I a IV e os §§ 1º e 2º do artigo 7º-B; o artigo 7º-D; o inciso IV, os §§ 3º ao 6º, e os incisos I e II do §4º do artigo 8º, todos da RN nº 186, de 2009.

Art. 10 O **caput** do artigo 13; o **caput** e os §§ 1º, 2º e 3º do artigo 14; o **caput**, o inciso III, e o **caput** e o inciso II do §1º do artigo 18; e o **caput** e os §§ 1º e 2º do artigo 19, todos da Instrução Normativa-IN nº19 da DIPRO, de 2009, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 13. Os valores comerciais informados nas Notas Técnicas de Registro de Produto serão categorizados em seis faixas de preço, por tipo de contratação.

Art. 14 Os valores dos planos de origem e de destino serão enquadrados em uma das seis faixas de preços obtidas na forma do artigo 13 desta Instrução Normativa.

§1º O enquadramento do plano de origem em uma das faixas de preço será baseado no valor pago pelo plano, de acordo com a idade do beneficiário.

§2º Além do enquadramento disposto no §1º deste artigo, para os planos com registro de produto em situação "ativo", será também enquadrado em uma faixa de preço o valor comercial do plano extraído da sua Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP (Coluna T do Anexo II-B da Resolução de Diretoria Colegiada nº 28, de 26 de junho de 2000), considerando o valor da faixa etária dos 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos.

§3º Na consulta para fins de migração, em se tratando de contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999, e não adaptado, o enquadramento em uma das faixas de preço será realizado de acordo com o resultado da adição de 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento) sobre o valor da contraprestação pecuniária informado, e de acordo com a idade do beneficiário.

Art. 18. O beneficiário poderá consultar os planos compatíveis, para fins de portabilidade ou de migração, no Guia ANS de Planos de saúde disponível na página da ANS na internet, devendo informar, dentre outros, os seguintes dados do plano de origem:

III - a sua idade e o valor pago pelo plano de saúde.

§1º Considera-se valor pago pelo plano de saúde:

II - na hipótese de plano coletivo, a quantia correspondente ao respectivo beneficiário, considerando a soma da parcela paga pelo beneficiário e da parcela paga pela pessoa jurídica contratante, quando for o caso.

Art. 19. O Guia ANS de Planos de Saúde tratado no artigo 18 desta Resolução emitirá relatório contendo o plano compatível, na data da consulta, para a portabilidade de carências ou para a migração, conforme o caso.

§ 1º O relatório previsto no caput terá validade de 5 (cinco) dias a partir da sua emissão, devendo ser aceito pela operadora do plano de destino se apresentado dentro deste prazo.

§ 2º A apresentação do relatório extraído do aplicativo com as informações sobre o plano compatível é requisito para o exercício da Portabilidade de Carências e da migração.”

Art. 11 A Instrução Normativa-IN nº19 da DIPRO, de 2009, passa a vigorar acrescida dos §§ 1º a 3º do artigo 13 e dos §§ 5º, 6º, 7º e 8º do artigo 14, com a seguinte redação:

“Art. 13

§1º Os valores das quatro primeiras faixas de preço serão calculados com base na distribuição dos valores comerciais dos planos em quintis.

§2º O valor inicial da quinta faixa de preço será o 80º percentil da distribuição dos valores comerciais dos planos.

§3º O valor inicial da sexta faixa de preço será o 95º percentil da distribuição dos valores comerciais dos planos.

Art. 14

§5º Após os enquadramentos disciplinados nos §§ 1º e 2º deste artigo, será considerada a maior faixa de preço em que o plano de origem foi enquadrado para fins do exercício da Portabilidade de Carências.

§6º O valor pago pelo plano de saúde tratado no §1º deste artigo não deve considerar as tarifas bancárias, as coberturas adicionais contratadas em separado, multas, juros, ou quaisquer outras despesas acessórias.

§7º Será considerada somente a faixa de preço do titular do contrato para comparação com a faixa de preço do plano de destino, ou caso o vínculo do titular esteja extinto, a faixa de preço do beneficiário de mais idade.

§8º Em caso de remissão, para fins de enquadramento do plano de origem em uma faixa de preço tratada no caput deste artigo, deverá ser considerado o valor da mensalidade que o beneficiário estaria pagando se não estivesse em gozo do período de remissão.”

Art. 12 A Seção I, composta pelo artigo 6º, a Seção II, composta pelos artigos 13 e 14, e a Seção III, composta pelos artigos 18 e 19, todas do CAPÍTULO II da Instrução Normativa-IN nº 19 da DIPRO, de 2009, passam a vigorar com a seguinte redação:

“CAPÍTULO II

Seção I - Dos Aspectos Operacionais Gerais da Portabilidade de Carências

Art. 6º

Seção II - Das Faixas de Preço calculadas a partir das Notas Técnicas de Registro de Produto para fins de Portabilidade de Carências e Migração

Art. 13

Art. 14

Seção III - Da consulta aos planos compatíveis para fins de Portabilidade de Carências e de Migração

Art. 18

Art. 19

Art. 13 Revogam-se os artigos 2º, 3º, 4º, 5º, 7º, 8º, 9º, 10, 11, 12, 15, 16, 16-A, 17, 17-A, 19-A e 19-B da Instrução Normativa-IN nº 19 da DIPRO, de 2009.

Art. 14 Revoga-se o artigo 20-A da Instrução Normativa-IN nº 23 da DIPRO, de 2009.

Art. 15 O inciso II do artigo 2º; o **caput** e o §2º do artigo 3º; o **caput** do artigo 13; o **caput** e os §§ 1º, 2º e 3º do artigo 15; o **caput** e os §§ 1º, 2º e 3º do artigo 17; o parágrafo único do artigo 18; e os incisos IV e XIII do artigo 19, todos da RN nº 254, de 2011, passam a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 2º

II – Migração: celebração de novo contrato de plano privado de assistência à saúde ou ingresso em contrato de plano privado de assistência à saúde, no âmbito da mesma operadora, referente a produto com registro em situação “ativo”, concomitantemente com a extinção do vínculo ou do contrato anterior a 1º de janeiro de 1999;

Art. 3º É garantido ao responsável pelo contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999 o direito a adaptar o seu contrato ao sistema previsto na Lei nº 9656, de 1998, no mesmo tipo de contratação e segmentação, sem que haja nova contagem de carências ou cobertura parcial temporária.

§2º A vigência do contrato adaptado inicia-se no ato da assinatura do aditivo de adaptação.

Art. 13 É garantido ao responsável pelo contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999, e também a cada beneficiário autonomamente, o direito de migrar para um plano de saúde regulamentado da mesma operadora, sem que haja nova contagem de carências ou cobertura parcial temporária.

Art. 15 Para o exercício do direito previsto no artigo 13 desta Resolução, é necessário que a faixa de preço o plano de destino seja igual ou inferior à faixa de preço em que se enquadra o valor do plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de migração.

§1º No caso de o plano de destino ser coletivo, a Migração requer a comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 2009.

§2º O requisito previsto no caput deste artigo deve ser comprovado através da apresentação de relatório emitido pelo Guia ANS de Planos de Saúde, presente na página da ANS na internet.

§3º As faixas de preço previstas neste artigo são aquelas definidas na IN DIPRO nº 19, de 2009.

Art. 17 O beneficiário que não conseguir identificar seu plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode protocolizar solicitação de Migração na ANS, que encaminhará a listagem dos planos compatíveis ao solicitante, para que seja apresentada à operadora no momento da escolha do plano de destino.

§ 1º A solicitação de que trata o caput deste artigo deve estar instruída com cópia do contrato ou outro os seguintes documentos:

§2º Na ausência dos documentos indicados nos incisos I, II deste artigo, serão buscadas as informações contidas nas bases de dados da ANS para atendimento à solicitação.

§3º Na ausência dos documentos tratados nos incisos III e IV deste artigo e caso a busca tratada no §1º não indique o plano contratado pelo beneficiário, será expedido ofício para que este complemente a documentação no prazo de trinta dias, a contar do seu recebimento, sob pena de indeferimento.

Art. 18.....

Parágrafo único. A operadora pode oferecer condições especiais em relação ao preço, desde que observado o disposto no caput deste artigo, sendo vedada a cobrança de valores superiores aos praticados em condições normais de comercialização do mesmo plano.

Art. 19.....

IV - o demonstrativo das condições especiais de preço e a comparação destas com as condições normais de venda, se for o caso;

XIII - o esclarecimento de que, na opção pelo exercício da adaptação, o aumento de sua contraprestação fica limitado a 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento); e”

Art. 16 A RN nº 254, de 2011, passa a vigorar acrescida dos §§ 5º e 6º do artigo 3º; do §2º do artigo 5º; dos §§ 2º e 3º do artigo 6º; dos §§ 6º ao 9º do artigo 8º; dos §§ 4º ao 7º do artigo 9º; do **caput**, dos §§ 1º, 2º e 3º, e dos incisos I e II do §1º do artigo 12-A; do §4º do artigo 15; do **caput** e §§ 1º e 2º do artigo 15-A; do **caput** e dos incisos I ao V do artigo 15-B; e dos incisos I, II, III e IV do §1º e dos §§ 4º, 5º, 6º e 7º do artigo 17, com a seguinte redação:

“Art. 3º.....

§ 5º Nos contratos individuais/familiares, a critério exclusivo do beneficiário, o contrato adaptado poderá vigorar no início do período referente ao vencimento da próxima contraprestação pecuniária.

§ 6º Nos contratos coletivos, a critério das partes, o contrato adaptado poderá vigorar na data acordada entre as partes.

Art. 5º.....

§ 2º Na adaptação contratual não é possível a inclusão ou exclusão de coparticipações e/ou franquias.

Art.6º.....

§2º A operadora de planos privados de assistência à saúde poderá estabelecer tabela de reembolso para as novas coberturas decorrentes da adaptação contratual, independentemente da tabela adotada para os procedimentos já cobertos.

§3º A tabela de reembolso prevista no contrato de origem, referente aos procedimentos já cobertos, não poderá ser alterada, sendo permitida apenas a atualização de seus valores de acordo com os reajustes previstos contratualmente..

Art.8º

§6º Excetuada a hipótese do §5º do artigo 3º desta Resolução, o valor da contraprestação pecuniária no primeiro mês de vigência do contrato adaptado deverá ser calculado de forma pró-rata, considerando-se o número de dias restantes para o início do período de vencimento da próxima contraprestação pecuniária.

§ 7º Não caberá a aplicação do percentual de ajuste de adaptação em casos de planos cuja modalidade de financiamento é pós-estabelecida.

§ 8º Na hipótese prevista no caput, o percentual de ajuste deverá ser aplicado uniformemente à contraprestação pecuniária de cada beneficiário vinculado ao contrato a ser adaptado, dentro de um mesmo plano.

§ 9º No instrumento jurídico utilizado para adaptação, a operadora de planos privados de assistência à saúde deverá incluir cláusula segundo a qual a pessoa jurídica contratante ou a Administradora de Benefícios se compromete a repassar o ajuste da adaptação em percentual igual para todos os beneficiários vinculados ao contrato coletivo.

Art.9º

§ 4º No instrumento jurídico utilizado para adaptação de contrato coletivo, deverá ser apresentada uma tabela de preços por faixa etária exclusiva para o ingresso de novos beneficiários, titulares ou dependentes.

§ 5º Os percentuais de variação da tabela de preços de que trata o § 4º deste artigo devem manter perfeita relação com os percentuais de reajuste por mudança de faixa etária do contrato adaptado.

§ 6º Caso ocorra diluição da aplicação do reajuste por mudança de faixa etária, prevista no artigo 35-E da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, as eventuais parcelas vincendas, referentes a faixa etária alcançada durante a vigência do contrato antigo, poderão continuar a ser cobradas após a adaptação do contrato, desde que não haja alteração no seu percentual original.

§ 7º No instrumento jurídico utilizado para adaptação, deverá haver cláusula específica dispondo sobre a cobrança de que trata o § 6º deste artigo.

Art. 12-A Nos contratos que possuam cláusula de remissão, no ato da adaptação, esta passará a abranger todas as coberturas do contrato adaptado.

§1º Nos casos em que os dependentes integrantes de contratos individuais/familiares estiverem em gozo do período de remissão, a adaptação poderá ser realizada:

I - após o término do período de remissão; ou

II - durante o período de remissão que será imediatamente encerrada, devendo o termo de renúncia constar expressamente do instrumento jurídico utilizado para adaptação.

§2º Na hipótese do parágrafo anterior, para cálculo da contraprestação pecuniária, o percentual de ajuste da adaptação incidirá sobre o valor da mensalidade que estaria sendo paga pelos respectivos dependentes caso não estivessem em gozo do período de remissão.

§3º Os §§ 1º e 2º deste artigo não se aplicam aos contratos coletivos.

Art. 15.....

§4º Para os planos exclusivamente odontológicos, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no caput deste artigo.

Art. 15-A Na consulta para fins de migração, em se tratando de contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999, e não adaptado, o valor da contraprestação informada pelo beneficiário será acrescido de 20,59% (vinte vírgula cinquenta e nove por cento), com vistas ao enquadramento em uma faixa de preço, de acordo com a faixa etária do beneficiário, e esta faixa de preço será comparada com a faixa de preço do plano de destino.

§1º O valor da contraprestação deverá ser informado excluindo-se as tarifas bancárias, coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros, e quaisquer outras despesas acessórias.

§2º Será considerada somente a faixa de preço do titular do contrato para comparação com a faixa de preço do plano de destino, ou caso o vínculo do titular esteja extinto, a faixa de preço do beneficiário de mais idade.

Art. 15-B O plano de destino poderá possuir segmentação assistencial mais abrangente do que o plano em que o beneficiário está vinculado, podendo ser exigido, nesse caso, o cumprimento de carência no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do contrato de origem, observando-se o disposto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998, fixando os seguintes períodos de carência:

I - prazo máximo de trezentos dias para cobertura obstétrica;

II - prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura odontológica;

III - prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura ambulatorial;

IV- prazo máximo de cento e oitenta dias para cobertura hospitalar; e

V- prazo máximo de vinte e quatro horas para casos de urgência e emergência em cobertura hospitalar.

Art. 17.....

§1º.....

I - cópia do contrato;

II - cópia de documento que contenha o número do registro de produto na ANS ou código do Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA;

III - cópia do documento de identificação do beneficiário; e

IV - procuração com firma reconhecida, se for feita mediante procurador.

§4º Após a juntada da documentação prevista nos incisos deste artigo, será realizada uma consulta ao módulo de Migração do Guia ANS de Planos de Saúde.

§5º Caso seja constatada, no procedimento de que trata este artigo, a ausência de cadastramento do plano de origem no Sistema de Cadastro de Planos Antigos – SCPA, a ANS enviará ao beneficiário ofício autorizando a realização da Migração, indicando que o beneficiário terá o direito de migrar para qualquer plano da sua operadora, eximindo-o da apresentação do relatório do Guia ANS de Planos de Saúde.

§6º Caso a consulta tratada neste artigo permita a localização do plano de origem do beneficiário, será expedido ofício orientando que este faça nova consulta ao módulo de Migração do Guia ANS de Planos de Saúde.

§7º O procedimento previsto neste artigo poderá ser realizado pelos Núcleos da ANS.”

Art. 17 Revogam-se os incisos VI e VII do artigo 2º; os incisos I, II e III do artigo 15; e os §§ 2º e 3º do artigo 16, todos da RN nº 254, de 2011.

Art. 18 Revoga-se a Instrução Normativa-IN nº 41 da DIPRO, de 05 de dezembro de 2012.

Art. 19 Esta Resolução Normativa entra em vigor trinta dias após a data de sua publicação.

Leandro Fonseca da Silva
Diretor-Presidente Interino

ANEXO

Ofício autorizativo para a Portabilidade



OFÍCIO n.º /ANS

Rio de Janeiro, DD de MM de AAAA

A(o) Sr(a): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

<<Endereço>>

CEP: XXX

Assunto: Portabilidade de Carências

Prezado(a) Senhor(a),

Informo que o seu plano de origem está registrado na ANS sob o nº **XX.XXX-XX**, pela operadora **XXXXXXX**, registrada na ANS sob o nº **XX.XXX-X**, cujas principais características estão demonstradas abaixo.

PLANO DE ORIGEM

Registro do Plano:	Nome do Plano:	
Registro da Operadora:	Operadora:	
Tipo de Contratação:		
Abrangência Geográfica:	Cobertura:	
Acomodação:	Fator Moderador:	Reembolso:
Tipo de Rede Hospitalar:	Faixa de Preço:	
Cobertura adicional:	Área geográfica de atuação:	

O citado plano está enquadrado em tipo compatível para fins de portabilidade de carências com os planos de destino relacionados em anexo.

***** (Anexo: cópia da tela da consulta geral do Guia de Planos) *****

Cabe observar ainda que:

- a. As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas próprias operadoras de planos de saúde.
- b. A apresentação deste Ofício não exime o(a) beneficiário(a) do atendimento aos demais requisitos previstos na Resolução Normativa nº 186, de 2009.
- c. Mais detalhes sobre os planos de destino, inclusive os preços máximos de comercialização, podem ser obtidos na página da ANS na internet, no endereço <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano>.
- d. De acordo com o §5º do artigo 8º-A da Resolução Normativa nº 186/09, este ofício substitui para todos os efeitos a apresentação do relatório de compatibilidade emitido pelo Guia ANS de Planos de Saúde.
- e. O pedido de Portabilidade com a entrega deste ofício, acompanhado do restante da documentação exigida no normativo, deve ser aceito pela operadora do plano de destino ou pela Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino, seguindo-se com os trâmites previstos nos artigos 9º e seguintes da Resolução Normativa nº 186/09.
- f. Este ofício é válido pelo prazo de 30 dias a partir da sua expedição.
- g. Em caso de qualquer obstáculo ao exercício da Portabilidade de Carências, a ANS deverá ser informada por meio de seus canais de atendimento. Para falar com a ANS você pode usar o Disque ANS 0800 701 9656; enviar uma carta ou ir a um de nossos endereços; ou ainda usar o canal exclusivo para atendimento ao Consumidor, disponível em nosso site na Internet (www.ans.gov.br).

Atenciosamente