

## Perguntas Frequentes – Portabilidade de Carências (RN 438)

### 1) Quais informações o consumidor deve saber antes de contratar um plano de saúde?

Antes de contratar um plano de saúde, o consumidor deve ler atentamente as orientações da Cartilha de Contratação de Planos de Saúde elaborada pela ANS. [Clique aqui.](#)

Caso já possua um plano de saúde e tenha interesse em mudar de plano utilizando-se do direito à portabilidade de carências, o consumidor deve ler atentamente a Cartilha de Portabilidade de Carências elaborada pela ANS. [Clique aqui.](#)

### 2) 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:

- I - prazo máximo de 300 (trezentos) dias para partos a termo;
- II - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura odontológica;
- III - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura ambulatorial;
- IV - prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias para cobertura hospitalar; e
- V - 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.

### 3) 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.

#### **4) O que é Portabilidade de Carências?**

Portabilidade de Carências é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano de saúde sem a necessidade de cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária.

A carência incentiva a manutenção do contrato de plano de saúde mesmo quando o beneficiário não está utilizando, mas dificulta a mudança de plano, na medida em que o beneficiário deverá cumprir carências novamente se quiser contratar outro plano.

O objetivo da portabilidade é permitir que o beneficiário possa mudar de plano sem o cumprimento dos prazos de carência e incentivar a concorrência no mercado. A portabilidade foi baseada na lógica de que o cumprimento de carências pelos beneficiários é realizado no sistema de saúde suplementar e não em uma operadora de planos de saúde.

Vale lembrar que a Portabilidade de Carências se trata de uma adesão a um plano de saúde, porém com a isenção de carências. Portanto, o exercício da portabilidade deverá respeitar todas as regras de contratação. Sendo assim, o beneficiário só poderá realizar a portabilidade de carências para determinado plano se ele tiver elegibilidade, ou seja, se ele puder ingressar nesse plano de acordo com as normas e as regras contratuais.

#### **5) 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.

#### **6) 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:

- “Ambulatorial”: consultas médicas, exames, terapias e demais procedimentos ambulatoriais.
- “Hospitalar”: internações hospitalares, excluída a internação para parto.
- “Obstetrícia”: internação para parto e cobertura assistencial nos primeiros 30 dias de vida do recém-nascido.

- “Odontológico”: 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:

- 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.

### **7) 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.

### **8) 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.

### **9) O que é Coparticipação e Franquia?**

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.

### **10) 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.

### **11) 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.

### **12) 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.

### **13) 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.

### **14) 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. Cabe lembrar que a contratação deve ser realizada diretamente na operadora do plano de saúde.

### **15) Como devem ser feitas as pesquisas no Guia ANS de Planos de Saúde após a integração da ferramenta no Portal de Login único (Gov.Br)?**

O Guia ANS de Planos de Saúde foi integrado ao portal único [www.gov.br](http://www.gov.br) em 10/08/2021. A iniciativa de integração do serviço do Guia de Planos ao Portal Único ([www.gov.br](http://www.gov.br)) visa contribuir com a proteção dos dados do consumidor em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD).

Para o usuário, não há qualquer mudança na forma de fazer pesquisas no Guia de Planos. A única alteração para o uso da ferramenta é a necessidade de criar uma conta no portal único do Governo Federal.

Ao entrar no [www.gov.br/ans](http://www.gov.br/ans), o usuário pode acessar o Guia de Planos pelo Menu em Assuntos >> Contratação e Troca de Plano >> Guia ANS de Planos de Saúde ou diretamente na seção Destaques na página inicial do portal. No momento de iniciar a pesquisa, será solicitada a criação de conta no portal único. Caso o usuário queira fazer portabilidade de carências, já tenha a conta no Gov.br e esteja logado, seus dados pessoais serão preenchidos automaticamente e aparecerão as informações sobre seus planos ativos e inativos.

As operadoras de planos de saúde podem e devem continuar auxiliando os beneficiários na utilização do Guia de Planos sempre que solicitadas, no entanto não podem realizar a pesquisa por eles, a pesquisa por novos planos para exercício da Portabilidade de Carências sempre foi uma responsabilidade do próprio beneficiário.

Caso seja requerido pelo beneficiário um auxílio remoto, a operadora poderá ajudar orientando no passo a passo e acompanhando a pesquisa que deverá ser feita pelo próprio usuário. Se o pedido auxílio for feito presencialmente à operadora, o beneficiário deverá efetuar o login no portal para dar prosseguimento a consulta no Guia de Planos.

Alternativamente, a consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde poderá ser feita sem o login no portal Gov.br e sem o CPF do beneficiário, bastando que seja selecionada a opção “Caso não possua CPF clique AQUI - Acesso ao guia de planos para usuários que não possuam CPF”. Nessa opção, para realizar a pesquisa no módulo de Portabilidade de Carências, será necessário o preenchimento da data de nascimento do beneficiário, do número de registro da operadora do beneficiário, e do número de registro do plano de origem na ANS.

Dessa maneira, as operadoras poderão fazer simulações de Portabilidade no Guia de Planos para ajudar os beneficiários na utilização da ferramenta sem a necessidade de entrar na área logada do portal Gov.br.

Por fim, quanto a eventual verificação de validade do relatório de compatibilidade emitido pelo Guia de Planos, lembramos que o referido relatório atesta a compatibilidade entre os planos de origem e destino, sendo válido por 5 dias a partir de sua emissão, não cabendo contestação pela operadora de destino. Por isso, não é indicada a realização de nova pesquisa dentro do prazo de validade do relatório, haja vista que alterações na situação do plano de destino podem gerar diversidade na compatibilidade, mas não influenciam nos relatórios já emitidos e com prazo válido.

## **16) 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. Cabe lembrar que a Portabilidade deve ser realizada diretamente na operadora do plano de saúde.

### **17) 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 consumidor 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 consumidor poderá realizar a consulta com base em seu CPF e data de nascimento.

### **18) O Guia ANS de Planos de Saúde realiza contratação online de planos?**

Não, o Guia ANS de Planos de Saúde não realiza contratação online de planos. O Guia de Planos da ANS é uma ferramenta de pesquisa de planos de saúde disponíveis no mercado, que busca ampliar a capacidade de escolha do consumidor. Por meio do Guia de Planos, o consumidor pode verificar as possibilidades de planos antes de contratar ou realizar a Portabilidade de Carências. A ANS não participa diretamente da contratação de planos. A contratação ou a Portabilidade devem ser realizadas diretamente pelo consumidor junto à operadora do plano de saúde ou administradora de benefícios responsável pelo plano escolhido.

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

- O beneficiário deve estar vinculado a um 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.

## **20) 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. 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 poderá também ser realizada nos casos em que o beneficiário perde a vinculação com o plano de saúde, por motivos alheios a sua vontade, pelo prazo de 60 dias a partir de sua ciência sobre a extinção do vínculo, seguindo regras específicas.

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.

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

Há regras diferenciadas para os casos em que a mudança de plano de saúde é motivada pela extinção do vínculo do beneficiário ao seu plano de saúde, quais sejam: 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, para realizar a portabilidade de carências, não se aplicam os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço. Ou seja, esse 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.

Entretanto, esse beneficiário 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. A operadora do plano de origem deverá comunicar o beneficiário sobre a sua exclusão e o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio de comunicação que assegure o conhecimento do beneficiário e que seja passível de comprovação. Esse comunicado pode servir de base para fins de comprovação da data da ciência da extinção de seu vínculo com o plano de saúde.

Nesses casos, o beneficiário que estiver vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, estará sujeito, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, mesmo que não tenha cumprido carência no plano de origem.

O beneficiário que estiver cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem estará sujeito aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino. Se o beneficiário estiver pagando agravo e estiver há menos de 24 (vinte e quatro) meses no plano de origem, poderá optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente, ou pelo pagamento de agravo, se for oferecido pela operadora do plano de destino. A forma de cálculo do agravo deverá ser negociada entre operadora e beneficiário, a ANS não interfere nesse processo diretamente.

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

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos (RN 438/2018, art.16):

- **Comprovante de que está em dia com o pagamento das mensalidades (adimplência)**, tais como: comprovantes de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, **ou** declaração da operadora do plano de origem **ou** da pessoa jurídica contratante **ou** qualquer outro documento hábil à comprovação do adimplemento.
- **Comprovante de prazo de permanência no plano atual**, 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 **ou** qualquer outro documento hábil à comprovação do prazo de permanência, nos casos em que couber a exigência de tal comprovação.
- **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 (RN 557/2022).



O beneficiário interessado poderá reunir e apresentar por meio próprios os comprovantes de adimplência e tempo de permanência exigidos. Caso necessário, poderá solicitar à operadora do plano de origem, por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, as informações referentes ao seu contrato. A operadora do plano de origem terá o prazo de 10 (dez) dias para disponibilizar as informações solicitadas ao beneficiário.

Além dos documentos acima relacionados, a operadora do plano de destino poderá solicitar ao beneficiário algum documento de identificação pessoal.

Cabe observar que a exigência de documentos de difícil obtenção pelos beneficiários pode ser interpretada pela ANS como uma tentativa de impedir ou restringir a participação de consumidor no plano de saúde, por ocasião da portabilidade de carências, passível de aplicação de penalidade.

A não apresentação da declaração de portabilidade emitida pela operadora de origem ou a apresentação de declaração incompleta não poderá ser considerada motivo ou justificativa para a negativa de Portabilidade de Carências pela Operadora de Destino, uma vez que o beneficiário pode reunir e apresentar os comprovantes requeridos por meios próprios.

Se o beneficiário estiver em cumprimento de CPT, poderá apresentar cópia da Declaração de Saúde preenchida no plano de origem ou de documento que ateste que estava cumprindo CPT e que especifique a doença ou lesão preexistente declarada, de forma a garantir que somente lhe seja exigido o cumprimento do tempo remanescente e exclusivamente para as doenças declaradas no momento de adesão ao plano de origem.

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

A operadora do plano de origem deverá fornecer aos seus beneficiários, obrigatoriamente, **as informações sobre a adimplência e tempo de permanência do beneficiário**, quando solicitada por meio de quaisquer de seus canais de atendimento (RN 438/2018, art.16, parágrafo único).

Além disso, a operadora deve fornecer aos beneficiários todas as informações referentes ao contrato do plano de saúde, no prazo de 10 (dez) dias a partir da solicitação (RN 562/2022, art.19, §3º).

A ANS **recomenda** que a declaração da operadora do plano de origem para fins de Portabilidade contemple todas as informações que se referem ao processo de Portabilidade de Carências, com os seguintes itens:

- Nome completo do beneficiário;
- Data de nascimento;
- CPF do beneficiário;

- Nº de Registro da Operadora;
- Nº de Registro do Produto (ou código SCPA);
- Data de adesão do beneficiário à operadora;
- Prazo de permanência (no último plano e na operadora);
- Informação sobre adimplência;
- Se ingressou no atual plano via Portabilidade (em caso positivo, informar se houve ampliação de cobertura assistencial em relação ao plano anterior);
- Se ingressou no plano via Oferta Pública ou transferência de carteira;
- Se mudou de plano dentro da mesma operadora (em caso positivo, informar se houve ampliação de cobertura 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);
- 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 meio de 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.

O acesso às informações acerca dos serviços que lhes são prestados, é um direito do beneficiário consumidor. Os itens recomendados elencados (obrigatórios ou não) tem o objetivo de facilitar o processo de portabilidade para o beneficiário no exercício do seu direito.

Contudo, ressalta-se que a não apresentação da declaração de portabilidade emitida pela operadora de origem ou a apresentação de declaração que deixe de contemplar os itens recomendados, não poderá ser considerada motivo ou justificativa para a negativa de Portabilidade de Carências pela Operadora de Destino, uma vez que o beneficiário pode reunir e apresentar os comprovantes obrigatórios requeridos por meios próprios.

#### **24) 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.

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.

**25) O prazo de permanência de 1 (um) ano para realização de portabilidades posteriores, prevista na alínea 'b', inciso III, do art. 3º, da RN 438, só se aplica na hipótese de ocorrência de portabilidades sucessivas?**

Desde que o beneficiário tenha se mantido no sistema de saúde suplementar, de forma ininterrupta, uma vez realizada a primeira portabilidade, nas demais, o prazo de permanência a ser exigido será aquele previsto na alínea (b) do inciso III do art. 3º da RN 438/18, sendo as portabilidades sucessivas ou não. Cabendo ao beneficiário comprovar à Operadora de Destino que já realizou ao menos uma portabilidade de carências.

**26) 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.

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, aplica-se 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.

## **27) O que é Benefício de Ex-empregado?**

A manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, é o benefício assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, que tenha contribuído para planos de saúde. Esse direito de manter sua condição de beneficiário, em decorrência de vínculo empregatício, garante um plano de saúde com a mesma cobertura assistencial que tinha quando da vigência do contrato de trabalho, desde que o beneficiário assumo o seu pagamento integral.

## **28) 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.

O ex-empregado que se manteve como beneficiário de acordo com as regras dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, poderá exercer a portabilidade a qualquer tempo durante o gozo do benefício, mas deverá cumprir todos os requisitos previstos no artigo 3º da norma.

A manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, é o benefício assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, que tenha contribuído para planos de saúde. Esse direito de manter sua condição de beneficiário, em decorrência de vínculo empregatício, garante um plano de saúde com a mesma cobertura assistencial que tinha quando da vigência do contrato de trabalho, desde que o beneficiário assuma o seu pagamento integral.

Por outro lado, quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, ou no momento da demissão, exoneração ou aposentadoria, o beneficiário titular e seus dependentes, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, poderão requerer a portabilidade sem ter que cumprir os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço. Ou seja, esse 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, nesses casos, 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.

Assim, muito embora o ex-empregado em gozo do benefício possa realizar a portabilidade a qualquer tempo, é mais vantajoso para esse beneficiário aguardar o término do benefício para exercer a portabilidade.

Nesses casos, o prazo para o beneficiário requerer a portabilidade de carências é de 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.

Cabe ressaltar que, 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. O direito à portabilidade de carências não se confunde com o benefício de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998.

O ex-empregado que estiver vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, estará sujeito, quando cabíveis, aos períodos de carências no plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, mesmo que não tenha cumprido carência no plano de origem.

O ex-empregado que estiver cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem estará sujeito aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino. Se

beneficiário estiver pagando agravo e estiver há menos de 24 (vinte e quatro) meses no plano de origem, poderá optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente, ou pelo pagamento de agravo, se este for oferecido pela operadora do plano de destino. A forma de cálculo do agravo deverá ser negociada entre operadora e beneficiário, a ANS não interfere nesse processo diretamente.

### **29) O que é Operadora em Saída do Mercado?**

A operadora em saída do mercado é aquela que não vai mais operar planos de saúde, por força do cancelamento do seu registro de operadora ou por Liquidação Extrajudicial.

### **30) O que é Portabilidade Especial de Carências?**

Portabilidade Especial é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano de saúde sem a necessidade do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária, na hipótese de estar vinculado a um plano de saúde de operadora que está em saída do mercado, ou seja, que esteja em processo de liquidação extrajudicial ou de cancelamento de registro.

### **31) Quais são as regras da Portabilidade Especial de Carências?**

A Portabilidade Especial de Carências é decretada por Resolução Operacional específica, publicada pela ANS, que abre o prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da operadora em saída do mercado exerçam a portabilidade.

Na Portabilidade Especial, não se aplicam os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço. Ou seja, o beneficiário poderá fazer a portabilidade sem ter que cumprir o tempo mínimo de permanência no plano e poderá escolher um plano independentemente de seu preço.

A portabilidade especial 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.

A portabilidade especial também poderá ser realizada pelos beneficiários que tenham sido excluídos ou tenham pedido o cancelamento do seu vínculo em até 60 (sessenta) dias antes da data inicial do prazo da portabilidade especial decretada pela Resolução Operacional, não se aplicando, neste caso, o requisito de vínculo ativo.

O beneficiário que estiver vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, estará sujeito, quando cabíveis, aos períodos de carências no plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, mesmo que não tenha cumprido carência no plano de origem.

O beneficiário que estiver cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem

estará sujeito aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino. Se beneficiário estiver pagando agravo e estiver há menos de 24 (vinte e quatro) meses no plano de origem, poderá optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente, ou pelo pagamento de agravo, se este for oferecido pela operadora do plano de destino. A forma de cálculo do agravo deverá ser negociada entre operadora e beneficiário, a ANS não interfere nesse processo diretamente.

Portanto, tirando as exceções mencionadas, todas as demais regras da norma são aplicáveis à portabilidade especial de carências, como, por exemplo, a possibilidade de imputação de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem e a exigência de comprovação de que o beneficiário estava em dia com o pagamento da mensalidade junto à operadora do plano de origem até a extinção do seu vínculo.

### **32) O que é Portabilidade Extraordinária de Carências?**

Portabilidade Extraordinária é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano de saúde sem a necessidade do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária na hipótese de saída da operadora do mercado, tal como ocorre na Portabilidade Especial. Contudo, a Portabilidade Extraordinária ocorrerá por deliberação da Diretoria Colegiada, quando, de forma motivada, não for possível a aplicabilidade das disposições da norma ou em hipótese que esta mereça ser excetuada em face do interesse público. A Portabilidade Extraordinária de Carências é decretada, também, por Resolução Operacional específica, publicada pela ANS, que disciplinará as regras a serem seguidas para a realização da portabilidade.

### **33) 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.

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. 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.

Este mesmo relatório estará disponível para consulta da operadora no Portal

Operadoras, área restrita na página institucional da ANS na internet. Dessa forma, de posse do nº de protocolo, juntamente com os documentos que devem ser entregues pelo beneficiário no ato da solicitação, a operadora terá acesso a todas as informações necessárias para analisar o pedido de portabilidade de carências. Na área destinada à operadora, é possível inserir informações a respeito da efetivação ou não da portabilidade e o motivo da não efetivação, quando for o caso. O preenchimento dessas informações não é obrigatório, mas será utilizado pela ANS em pesquisas e em análises de impacto regulatório ex-post para o aprimoramento da norma. Também poderá funcionar como ferramenta de controle e gestão de informações sobre ingresso de beneficiários via portabilidade pelas próprias operadoras. Além disso, as informações a respeito da efetivação da portabilidade, preenchidas no módulo da operadora, estarão disponíveis para a consulta do beneficiário, trazendo mais transparência ao processo.

### **34) Como deve ser feita a Solicitação da Portabilidade de Carências?**

A portabilidade de carências deverá ser solicitada pelo beneficiário diretamente na Operadora do plano de destino ou na Administradora de Benefícios responsável pelo plano de destino. No ato da solicitação, o beneficiário deverá apresentar todos os documentos que comprovem o atendimento aos requisitos para a portabilidade, e a Operadora deverá disponibilizar uma proposta de adesão contendo o número de registro do produto selecionado, para a assinatura do beneficiário.

Cabe esclarecer que o beneficiário poderá solicitar a portabilidade tanto à Operadora quanto à Administradora de Benefícios (quando houver), não sendo possível restringir o exercício da portabilidade apenas a uma delas.

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.

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.

### **35) Quando se dá o início da vigência do plano de destino 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.

Para plano de destino de contratação Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão, 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.

Vale observar que a regra sobre a data de início de vigência do contrato de plano de saúde individual/familiar disposta no Manual de Elaboração dos Contratos de Planos de Saúde (Anexo I da IN/DIPRO nº 23, de 2009) não se aplica ao pedido de portabilidade, uma vez que a proposta de adesão é assinada no ato da solicitação, mas o início da sua vigência está condicionada ao aceite da operadora, que se dará no prazo de 10 (dez) dias, desde que não haja nenhuma cobrança referente ao plano de destino antes da resposta da análise conclusiva da solicitação de portabilidade. Caso haja algum pagamento, a vigência do plano de destino se inicia a partir desta data.

### **36) 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, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as novas coberturas assistenciais pela operadora do plano de destino.

Para fins de esclarecimento, informamos que existem apenas 4 tipos de coberturas assistenciais, conforme define a Lei nº 9.656/98: ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica. E 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: 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.

Portanto, a operadora do plano de destino somente poderá exigir o cumprimento de carências para as coberturas assistenciais, de acordo com a segmentação assistencial, não previstas no plano de origem, não podendo exigir carências para serviços e coberturas adicionais que já estavam previstos no registro do plano de destino.

As coberturas opcionais que não estão previstas no registro do plano de destino poderão ser oferecidas pela operadora, e as suas condições de aquisição poderão ser negociadas com o beneficiário, pois não guardam nenhuma relação com a portabilidade de carências.

Ressaltamos ainda que, em qualquer situação em que a portabilidade de carências ocorra, o beneficiário poderá optar por um plano com coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, e, nesse caso, sempre poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as novas coberturas assistenciais.

### **37) Pode haver alguma imposição de Carência no exercício da Portabilidade de Carências?**

Para o beneficiário que está vinculado ao plano atual há mais de 300 (trezentos) dias, não poderá haver nenhuma imposição de carência 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 300 (trezentos) dias, poderá haver imposição de período de carências no plano de destino, que deverá ser descontado do tempo em que o beneficiário permaneceu no plano de origem, mesmo que nunca tenha cumprido carências.

No entanto, 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 cumprimento de períodos de carências para essas novas coberturas assistenciais. 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.

Para fins de esclarecimento, informamos que existem apenas 4 tipos de coberturas assistenciais, conforme define a Lei nº 9.656/98: ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica. E 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: 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.

### **38) 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.

Para fins de esclarecimento, informamos que existem apenas 4 tipos de coberturas assistenciais, conforme define a Lei nº 9.656/98: ambulatorial, hospitalar, obstetrícia e odontológica. E 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: 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.

### **39) 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 da pessoa jurídica contratante, ou qualquer outro documento hábil à comprovação da regularidade do pagamento das mensalidades pelo beneficiário.

#### **40) Como fica o direito à portabilidade de carências para beneficiários vinculados a contratos coletivos cuja pessoa jurídica contratante encontra-se inadimplente?**

Considerando que a Pessoa Jurídica contratante do Plano de Origem não participa do processo de Portabilidade de Carências, sua condição de adimplência junto a operadora de origem não deve interferir na Portabilidade de Carências de seus beneficiários.

Desta forma, reitera-se que comprovação de adimplência requerida para o exercício da Portabilidade de Carências se refere ao beneficiário interessado, não cabendo a exigência de comprovante de adimplência da Pessoa Jurídica Contratante como requisito para exercício do direito à portabilidade de carências de seus beneficiários.

#### **41) Como beneficiários de planos coletivos empresariais podem comprovar o requisito de adimplência?**

Nos casos em que o contrato de Plano de Saúde é custeado integralmente pela Pessoa Jurídica Contratante, a comprovação do requisito de adimplência deve ser substituída por declaração emitida pela Operadora de Planos de Assistência à Saúde de origem ou pela Pessoa Jurídica Contratante ou ainda por qualquer outro documento que comprove que o beneficiário não contribui para o pagamento do contrato de Plano de Saúde.

Nos casos em que o contrato de Plano de Saúde é custeado parcialmente pelo empregado, mediante o pagamento de contribuição, tal como definida no inciso I do artigo 2º da Resolução Normativa nº 279, de 24 de novembro de 2001, a verificação do requisito de adimplência poderá se dar mediante a apresentação de qualquer documento que comprove a referida contribuição.

#### **42) 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.

#### **43) Como o beneficiário que não pode imprimir o Relatório de compatibilidade deve proceder?**

Alternativamente à impressão do relatório, 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. De toda forma, a operadora do plano de destino poderá efetuar a impressão do relatório de compatibilidade para que o beneficiário possa realizar a portabilidade de carências. Caso o beneficiário necessite de algum esclarecimento sobre a consulta ou não tenha acesso à internet, poderá entrar em contato com a ANS.

#### **44) Que informações são necessárias para buscar por planos para realizar a Portabilidade de Carências?**

Para fazer a busca 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.

Se o sistema não identificar o plano do beneficiário através do CPF, será necessário o preenchimento do número de registro da operadora e do número de registro do plano de saúde do beneficiário. Essas informações podem ser obtidas com a operadora do plano de origem.

O valor da mensalidade a ser informado 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.

O beneficiário poderá solicitar à operadora do seu plano de saúde as informações sobre a data de adesão, data da adaptação, valor total pago pelo plano, número de registro da operadora e número de registro do plano, por meio de quaisquer de seus canais de atendimento.

#### **45) 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 substitui 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.

#### **46) Nos Contratos Familiares, 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.

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 deverão ser mantidos se não houver previsão contratual expressa de que a saída do titular implica na exclusão de seus dependentes.

Ainda sobre o exercício da Portabilidade ser um direito individualizado, importa esclarecer que dois planos podem ser compatíveis em uma determinada faixa etária e não ser compatíveis em outra. Desta forma, ratifica-se que a compatibilidade conseguida por um beneficiário não garante a portabilidade para outro beneficiário, salvo se nas exatas mesmas condições. Por este motivo, o exercício de Portabilidade e toda a simulação para sua efetivação deve ser realizada por cada beneficiário interessado de forma independente. Pois haverá casos nos quais em uma mesma família haverá integrantes com mais planos compatíveis do que outros, sendo uma decisão de cunho familiar realizar a Portabilidade de todos juntos para um plano para o qual todos sejam compatíveis, ou realizar a Portabilidade de cada integrante separadamente para o plano que melhor lhe convier.

#### **47) Como é feita a Compatibilidade de Preço de Planos Exclusivamente Odontológicos para a Portabilidade?**

Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço 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 qualquer plano exclusivamente odontológico que seja até 30% mais caro que o seu plano atual.

O acréscimo de 30% à mensalidade do plano de origem refere-se apenas à regra para a verificação do valor limite para a compatibilidade de preço dos planos odontológicos

pela operadora de destino. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

Neste caso, o Guia de Planos da ANS não faz o cálculo de compatibilidade de preço, as operadoras é que terão que fazê-lo, em posse das informações das mensalidades dos planos de origem e de destino, uma vez que os planos odontológicos não possuem Nota Técnica de Registro de Produto (NTRP).

#### **48) Como é feita a Compatibilidade de Preço de Planos em Pós-pagamento ou Preço Misto para 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 de forma a balizar a sua qualidade. 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.

#### **49) O que é Adaptação e Migração?**

Adaptação e Migração são instrumentos que servem para o beneficiário que está em um plano não regulamentado, contratado antes de 1º de janeiro de 1999, passar a contar com todos os direitos de um plano regulamentado pela Lei nº 9.656/98.

Na Adaptação, o plano original não regulamentado é mantido, mas o contrato do beneficiário é aditado para ampliar o seu conteúdo de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei nº 9.656/98.

Na Migração, o beneficiário irá mudar de plano, o vínculo ao plano não regulamentado será extinto e o beneficiário irá ingressar em plano de saúde regulamentado pela Lei nº 9.656/98, no âmbito da mesma operadora.

#### **50) O que é Plano Sucessor?**

Quando o beneficiário muda de plano de saúde na mesma operadora, sem se utilizar da regra de portabilidade de carências, o plano que o beneficiário ingressou é chamado de plano sucessor.

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.

Em 12 de agosto de 2011, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 21 que disciplina o entendimento vinculativo quanto à mudança de plano de saúde na mesma operadora, a qual determina que no ingresso em plano de saúde, a contagem de períodos de carência, quando cabível, deve considerar os períodos de carência porventura já cumpridos, total ou parcialmente, pelo beneficiário em outro plano de saúde da mesma operadora, qualquer que tenha sido o tipo de sua contratação, para coberturas idênticas, desde que não tenha havido interrupção de tempo entre os planos.

Nessa hipótese, somente será cabível a imposição de novos períodos de carência, quando, no novo plano, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, mas apenas em relação a esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, desde que comprovada a plena ciência do beneficiário e que este não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração.

Portanto, a portabilidade de carências e o plano sucessor regulamentado pela Súmula Normativa nº 21, de 2011, são institutos diferentes. Pela Súmula nº 21, o beneficiário pode mudar para qualquer plano da mesma operadora, sem a necessidade de compatibilidade de preço, mas poderá cumprir “carência” para a melhora na qualidade do plano, como a mudança de padrão de acomodação ou o aumento de rede hospitalar. Pela Portabilidade de Carências, deve-se verificar a compatibilidade de preço entre os planos para que o beneficiário ingresse no novo plano, não sendo necessariamente na mesma operadora, e só é possível a imposição de carência para as coberturas assistenciais não previstas no plano de origem do beneficiário.

Importante destacar que o item 2 da referida Súmula dispõe que apenas se aplicam as regras ali dispostas caso o beneficiário não tenha direito à aplicação das regras da portabilidade, adaptação ou migração regulamentadas pela ANS.

### **51) 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.

Excetuam-se a essa regra as hipóteses em que o beneficiário internado vai realizar a portabilidade em razão da saída da operadora do mercado, ou por morte do titular do contrato, ou por perda da condição de dependência, ou por demissão, exoneração ou aposentadoria, ou por rescisão do contrato coletivo pela operadora ou pela pessoa jurídica contratante. Ou seja, quando a mudança de plano não é motivada pela vontade do beneficiário (conforme previsto nos artigos 8º, 12 e 13 da RN 438/18), mesmo que esteja internado, o beneficiário poderá realizar a portabilidade de carências.

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 consumidor 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.

A portabilidade de carências que não cumprir os ditames da norma poderá ser considerada inválida. Entretanto, ressaltamos que a invalidação da portabilidade por não cumprimento dos requisitos não poderá motivar a exclusão do beneficiário do plano.

## **52) Quais são as regras de Portabilidade para o Beneficiário que está em 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.

Os beneficiários que estão em gozo de remissão observarão todas as regras da norma para a realização da portabilidade de carências. 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).

Ao término da remissão, se houver previsão contratual para a exclusão do beneficiário, deve-se aplicar as regras de portabilidade de carências para o beneficiário que foi excluído do seu plano de saúde, em que não se aplicam os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço. Ou seja, esse 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 qualquer plano disponível no mercado 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.

Esse beneficiário que foi excluído ao término da remissão 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. A operadora do plano de origem deverá comunicar o beneficiário sobre a sua exclusão e o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio de comunicação que assegure o conhecimento do beneficiário e que seja passível de comprovação.

### **53) 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.

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.

Para esses casos, como não se pode considerar válida a NTRP de um plano com comercialização suspensa, 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.

O acréscimo de 30% à mensalidade do plano de origem se dá tão somente para a verificação da compatibilidade de preço dos planos pela operadora de destino. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências em relação ao preço do plano para contratação sem portabilidade.

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.

O Guia ANS de Planos de Saúde mostra, no seu resultado de busca, apenas planos ativos em comercialização. No entanto, quando o beneficiário quiser realizar a portabilidade de carências para um plano ativo com comercialização suspensa (de acordo as situações indicadas anteriormente), também poderá encontrar esse plano de destino no Guia de Planos. Para isso, o beneficiário deverá selecionar a opção “Especificar a operadora ou o plano de saúde que se deseja aderir/contratar” na tela de dados do beneficiário e do plano de origem do Guia ANS, em seguida, selecionar a opção de pesquisa pelo “Registro do plano” e digitar o número de registro do plano que está ativo com comercialização suspensa, ou o seu código SCPA, caso seja um plano não regulamentado.

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

#### **54) Quais são as regras de Portabilidade para Planos Coletivos Empresariais?**

Os beneficiários de planos de contratação coletivo empresarial deverão observar todas as regras da norma para o exercício da portabilidade de carências. A única exceção se faz quando o beneficiário que está vinculado a um plano coletivo empresarial for exercer a portabilidade para um outro plano coletivo empresarial. Nesse caso, não se aplica o requisito de compatibilidade por faixa de preço. Ou seja, o beneficiário de plano coletivo empresarial poderá realizar a portabilidade para outro plano coletivo empresarial independentemente de seu preço.

A portabilidade deve respeitar a movimentação cadastral prevista na relação entre operadora e pessoa jurídica contratante, e, portanto, a data de início de vigência do vínculo do beneficiário no plano de destino coletivo empresarial deverá observar a movimentação cadastral acordada contratualmente.

A portabilidade de carências é um direito individual concedido aos beneficiários de planos de saúde. Dessa forma, embora a movimentação cadastral seja realizada pela pessoa jurídica contratante, o beneficiário poderá comprovar seu direito à portabilidade diretamente na operadora do plano de destino ou através da apresentação dos documentos necessários junto à pessoa jurídica contratante.

#### **55) A portabilidade de carências pode ser exercida por pessoas jurídicas?**

A portabilidade de carências não pode ser exercida por pessoas jurídicas, tendo em vista que 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. Considerando que quem firma/celebra o contrato é a PESSOA JURÍDICA, os beneficiários (pessoas físicas) somente podem ser incluídos dada a celebração deste. Sendo assim, quando o plano de destino for de contratação coletiva, o contrato, celebrado entre a Operadora e a Pessoa Jurídica, deve estar vigente para que a portabilidade seja exercida pelos beneficiários elegíveis a integrá-lo, os quais deverão atestar esta elegibilidade através da comprovação de seu vínculo com a PJ contratante.

Essa regra não se aplica ao contrato coletivo empresarial firmado por Empresário Individual, uma vez que este se trata de Pessoa Física. Ou seja, na portabilidade de carências onde o plano de destino será firmado por um empresário individual para tipo de contratação coletivo empresarial, nos termos da RN 432/2017, este poderá realizar a portabilidade de carências, caso atenda aos requisitos da norma vigente, para um novo contrato, por ele firmado na condição de empresário individual. Em qualquer dos casos, uma vez firmado/assinado o contrato, TODOS os beneficiários interessados em aderir e que reunirem os requisitos para o exercício da Portabilidade de Carências, terão seu direito assegurado de acordo com o regramento disposto nos normativos vigentes, bastando para tanto solicitar o exercício de seu direito. Destaca-se ainda que

o direito assegurado supramencionado depende apenas de os beneficiários serem elegíveis a Portabilidade (reunir requisitos), independente de eventuais exigências de número mínimo de vidas para celebração do contrato ou da data da adesão de cada beneficiário ao contrato, seja no mesmo dia da celebração, 1 mês depois ou em qualquer data futura. Sendo assim, eventuais condutas da operadora de inviabilizar a Portabilidade de Carências de qualquer beneficiário que reúna os requisitos para exercício deste benefício, equiparar-se-á a conduta de obstrução de Portabilidade, devendo ser tratada e apurada como indício de irregularidade.

#### **56) Como o Beneficiário pode comprovar a Elegibilidade para Planos Coletivos?**

Para realizar a portabilidade de carências para plano de destino de contratação coletiva, o beneficiário deverá apresentar a comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, ou a comprovação referente ao empresário individual.

A inclusão de beneficiários em contratos coletivos ocorre nos termos previstos nos contratos firmados entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de planos de saúde. Logo, a apresentação dos documentos comprobatórios deve respeitar o trâmite usual acordado entre as partes contratantes, desde que seja garantido o direito do beneficiário à mudança de planos sem cumprimento de novos prazos de carência, quando o beneficiário atender aos requisitos previstos para a portabilidade, seja ela solicitada pelo beneficiário ou pela pessoa jurídica contratante.

A inclusão de beneficiários pela portabilidade de carências em planos coletivos deverá obedecer às mesmas regras de uma inclusão sem portabilidade, ou seja, a inclusão de beneficiários sempre deverá seguir o disposto em contrato.

#### **57) 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. Em caso de descumprimento dessa regra, o beneficiário estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências cabíveis no plano de destino.

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.

Nos casos em que o beneficiário tenha ingressado em um novo plano pela

portabilidade e estava vinculado a um plano coletivo empresarial, o beneficiário titular deverá solicitar à pessoa jurídica contratante, por qualquer meio, a sua exclusão ou a do beneficiário dependente. A pessoa jurídica contratante deverá cientificar a operadora do plano de origem em até 30 (trinta) dias que, a partir de então, ficará responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão. Expirado esse prazo sem que a pessoa jurídica tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à operadora do plano de origem, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à operadora do plano de origem. A exclusão tem efeito imediato a partir da data de ciência pela operadora do plano de origem.

Dessa forma, para fins de portabilidade de carências, há a obrigação do beneficiário de solicitar o cancelamento do vínculo ao plano de origem em até 5 dias do início de vigência do plano de destino, mas a efetiva exclusão do beneficiário do plano de origem pode depender do trâmite entre a pessoa jurídica contratante a operadora do plano de origem. Assim sendo, se o beneficiário comprovar que solicitou o seu cancelamento no plano de origem, ele atende a esse requisito para fins de portabilidade de carências.

De todo modo, até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua mensalidade. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pró-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso.

Cabe lembrar que a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes. No caso dos planos coletivos, a exclusão dos beneficiários dependentes após a saída do beneficiário titular dependerá de expressa previsão contratual.

A portabilidade de carências poderá ser exercida por qualquer beneficiário que possua um plano de saúde e cumpra os requisitos descritos na norma. Se o vínculo do beneficiário foi cancelado a pedido do titular do contrato, não há o que se falar em portabilidade, uma vez que o cancelamento a pedido do beneficiário extingue o direito deste à portabilidade de carências, ressalvado os casos de Portabilidade Especial e Extraordinária.

#### **58) 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.

#### **59) 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.

#### **60) Como pode ser verificado o pedido de Cancelamento do Plano de Origem após realizada a Portabilidade de Carências?**

Após 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.

Não há um prazo para aferição do pedido de cancelamento do plano de origem. A verificação da solicitação de cancelamento do plano de origem deverá ser feita pela operadora do plano de destino na forma que julgar mais viável operacionalmente, diretamente com o beneficiário.

Expirado o prazo de 5 (cinco) dias, se o beneficiário não comprovar a solicitação de cancelamento do vínculo ao plano de origem, quando solicitado pela operadora do plano de destino, esta 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 consumidor seja previamente comunicado da perda do direito à portabilidade pelo não cumprimento do requisito de cancelamento do plano de origem, 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.

A portabilidade de carências que não cumprir os ditames da norma poderá ser considerada inválida. Entretanto, ressaltamos que a invalidação da portabilidade por não cumprimento dos requisitos não poderá motivar a exclusão do beneficiário do plano.

#### **61) Na hipótese de perda do direito à portabilidade de carências pelo beneficiário por descumprimento de algum dos requisitos ou regras dispostas em normativo, como a Operadora do Plano de Destino deve proceder em relação à informação enviada ao SIB?**

Nesses casos, a Operadora do Plano de Destino deverá cancelar o registro (inclusão) do beneficiário informando como motivo de cancelamento “inclusão indevida”, e realizar novo registro (inclusão) com os dados retroativos ao início de vigência do plano, considerando-o como uma contratação comum, sem portabilidade de carências.

#### **62) As Administradoras de Benefícios podem receber o pedido de Portabilidade?**

As administradoras de benefícios responsáveis pela comercialização de planos de saúde deverão observar todas as regras e obrigações dispostas na norma de portabilidade de carências.

A portabilidade de carências poderá ser formalizada diretamente na administradora de benefícios responsável pelo plano de destino.

Cabe esclarecer que o beneficiário poderá solicitar a portabilidade tanto à operadora quanto à administradora (quando houver), não sendo possível restringir o exercício da portabilidade apenas a uma delas.

No momento do pedido de portabilidade, a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino deverá disponibilizar a proposta de adesão para assinatura do beneficiário, estando a solicitação de portabilidade sujeita à recusa no prazo de 10 (dez) dias. Caso o beneficiário não atenda aos requisitos para realizar a portabilidade, a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a solicitação de portabilidade, desde que apresente a devida justificativa.

É proibido qualquer tipo de cobrança adicional para a realização da portabilidade de carências pelas administradoras de benefícios. 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 estiver contratando um plano sem portabilidade.

### **63) O que é Oferta Pública das Referências Operacionais e do Cadastro de Beneficiários?**

A Oferta Pública das Referências Operacionais e do Cadastro de Beneficiários ocorre quando uma operadora está em processo de saída de mercado e a sua carteira de beneficiários é ofertada às operadoras de planos de saúde do mercado, mediante condições especiais estabelecidas em edital.

No caso da oferta pública, os beneficiários ingressam no novo plano por opção própria e sem o cumprimento de novos prazos de carências.

Desta forma, tendo em vista que na oferta pública o beneficiário muda de plano sem o cumprimento de carências, o prazo de permanência exigido para realização de portabilidade de carências para um novo plano é de 1 (um) ano.