

PERGUNTAS FREQUENTES

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

www.sompo.com.br

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.

4) 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.

5) 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.

6) 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

www.sompo.com.br

um período para a realização da portabilidade (janela), se o beneficiário já tiver cumprido o prazo de permanência no plano.

A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário antes de ingressar no novo plano. Se o beneficiário aderir a um plano sem se utilizar da portabilidade, caso identifique que tinha direito e venha a solicitar a isenção de carências posteriormente, a operadora não será obrigada a isentar as carências, mesmo se o beneficiário demonstre que tinha esse direito antes de ter aderido ao plano.

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

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

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

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

Além dos documentos acima relacionados, a operadora do plano de destino poderá solicitar ao beneficiário os documentos pessoais usualmente requeridos para fins de contratação de planos de saúde, tais como carteira de identidade e comprovante de residência. 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 em plano privado de assistência à saúde, por ocasião da portabilidade de carências, passível de aplicação de penalidade.

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

www.sompo.com.br

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

- Nome completo do beneficiário;
- Data de Nascimento;
- CPF do beneficiário;
- Nº de Registro da Operadora;
- Nº de Registro do Produto (ou código SCPA);
- Data de adesão do beneficiário à operadora;
- Prazo de permanência;
- Informação sobre adimplência;
- Se ingressou no plano via Portabilidade (em caso positivo, informar se houve ampliação de segmentação assistencial em relação ao plano de origem);
- Se ingressou no plano via Oferta Pública ou transferência de carteira;
- Se mudou de plano na mesma operadora (em caso positivo, informar se houve mudança de segmentação assistencial); - Se o beneficiário está internado;
- Se o contrato foi adaptado à Lei 9.656/98, e em que data ocorreu a adaptação (somente para plano não regulamentado);
- Valor total da mensalidade do plano referente ao beneficiário (somente planos em prépagamento); e
- Se o beneficiário cumpriu ou está em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária no plano. Caso esteja em cumprimento de CPT, anexar cópia da Declaração de Saúde do beneficiário ou qualquer documento que ateste a opção por cumprimento de CPT citando a doença ou lesão preexistente relacionada.

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

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

9) 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.

10) 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

www.sompo.com.br

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.

11) 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 assumo 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

www.sompo.com.br

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.

12) 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,

www.sompo.com.br

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.

13) 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.

14) 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.

www.sompo.com.br

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.

15) 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.

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

www.sompo.com.br

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 + 18 Odontológico; Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia + Odontológico; e Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia + Odontológico.

17) 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.

www.sompo.com.br

18) 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.

19) 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.

20) 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.

21) 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.

www.sompo.com.br

22) 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.

23) 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

www.sompo.com.br

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.

24) Quais são as regras de Portabilidade para Planos Coletivos Empresariais?

Os beneficiários de planos de contratação coletivo empresarial deverão observar todas 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.

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

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

Quando o plano de destino for de contratação coletiva, o contrato deve estar vigente para que a portabilidade seja exercida, e o beneficiário deverá comprovar elegibilidade para ingresso no contrato. Essa regra não se aplica ao contrato coletivo empresarial firmado por empresário individual, uma vez que ele é uma pessoa física e não uma pessoa jurídica.

26) 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.

27) 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.

www.sompo.com.br

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.

www.sompo.com.br