

§ 3º Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no caput deste artigo, o plano regulamentado cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do contrato de origem acrescida de 56,77% (cinquenta e seis vírgula setenta e sete por cento)."

"Art. 16....."

§ 2º Fica dispensada do oferecimento de proposta de migração a operadora que não possuir planos regulamentados que atendam aos requisitos previstos nesta Resolução.

§ 3º Na hipótese do § 2º deste artigo, a operadora deve oferecer-lhe proposta de adaptação prevista no artigo 3º desta Resolução."

"Art. 17 O beneficiário que não conseguir identificar o plano do contrato de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, pode protocolizar solicitação na ANS de busca por planos regulamentados para realizar a migração.

§1º Caso seja constatada a ausência de cadastramento do plano do contrato de origem no Sistema de Cadastro de Planos Antigos - SCPA, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO enviará ao beneficiário ofício autorizativo para a realização da migração, indicando que o beneficiário terá o direito de migrar para qualquer plano da sua operadora, eximindo-o da apresentação do relatório do Guia ANS de Planos de Saúde.

§ 2º Caso se verifique que o plano do contrato de origem constava das bases de dados do Guia ANS de Planos de Saúde, a ANS enviará ao beneficiário todas as informações necessárias para que este faça nova consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde.

§ 3º A solicitação prevista no caput deste artigo poderá ser feita na página institucional da ANS na internet (www.ans.gov.br) ou nos Núcleos da ANS, cujos endereços e horários de atendimento estão indicados no referido endereço eletrônico."

"Art. 18....."

Parágrafo único. A operadora poderá oferecer condições especiais em relação ao preço, sendo vedada a cobrança de valores superiores aos praticados na comercialização do mesmo plano."

"Art. 19....."

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

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

Art. 2º O parágrafo único do artigo 5º passa a vigorar como § 1º do artigo 5º e o § 2º do artigo 12 passa a vigorar como parágrafo único do artigo 12, todos da RN nº 254, de 2011.

Art. 3º A RN nº 254, de 2011, passa a vigorar acrescida dos §§ 5º e 6º no artigo 3º; do §2º no artigo 5º; dos §§ 1º, 2º e 3º no artigo 6º; dos §§ 6º ao 9º no artigo 8º; dos §§ 4º ao 7º no artigo 9º; do artigo 12-A; do § 4º no artigo 15; do artigo 15-A; e do artigo 16-A, com as seguintes redações:

"Art. 3º....."

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

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

"Art. 5º....."

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

"Art.6º....."

§ 1º A ampliação de cobertura decorrente da adaptação não pode alterar as cláusulas do contrato de origem em relação aos procedimentos já cobertos e às demais cláusulas que sejam compatíveis com a legislação em vigor, que devem ser mantidas conforme §1º do artigo 5º desta Resolução.

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

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

"Art.8º....."

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

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

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

§ 9º No aditivo contratual utilizado para adaptação, a operadora deverá incluir cláusula segundo a qual a pessoa jurídica contratante ou a Administradora de Benefícios se compromete a repassar o ajuste da adaptação em percentual igual para todos os beneficiários vinculados ao contrato coletivo."

"Art.9º....."

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

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

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

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

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

§ 1º Nos casos em que os beneficiários estiverem em gozo do período de remissão, a adaptação poderá ser realizada:

I - após o término do período de remissão; ou

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

§ 2º Na hipótese do §1º deste artigo, para cálculo da mensalidade, o percentual de ajuste da adaptação incidirá sobre o valor da mensalidade que estaria sendo paga pelos respectivos beneficiários caso não estivessem em gozo do período de remissão."

"Art. 15....."

§ 4º O valor da mensalidade do contrato de origem não deve considerar as tarifas bancárias, coberturas adicionais contratadas em separado, multa, juros, e quaisquer outras despesas acessórias."

"Art. 15-A O plano regulamentado poderá possuir cobertura não prevista na segmentação assistencial do contrato de origem, sendo que, apenas nesses casos de migração, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para a cobertura não prevista na segmentação assistencial do contrato de origem, fixando os seguintes períodos de carências:

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."

"Art. 16-A O Guia ANS de Planos de Saúde, acessível pela página institucional da ANS na internet (www.ans.gov.br), disponibilizará consulta aos beneficiários para verificação dos planos de destino compatíveis para fins de migração.

§ 1º O Guia ANS de Planos de Saúde emitirá relatório de compatibilidade entre o contrato de origem e o plano regulamentado, na data da consulta, para fins de migração.

§ 2º O relatório previsto no § 1º deste artigo deverá ser aceito pela operadora, e terá validade de 5 (cinco) dias a partir da emissão do número de protocolo.

§ 3º A operadora deverá fornecer aos beneficiários as informações referentes ao contrato de origem, tais como data de vinculação ao plano, número do registro da operadora e número do plano no sistema de cadastro de planos antigos - SCPA, quando solicitada por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, no prazo de 10 (dez) dias."

Art. 4º Revogam-se os incisos VI e VII do artigo 2º; o parágrafo único do artigo 6º; o §1º do artigo 12; e os incisos I, II e III do artigo 15, todos da RN nº 254, de 05 de maio de 2011.

Art. 5º Esta Resolução Normativa entra em vigor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA
Diretor-Presidente
Substituto

RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 438, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018

Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde, revoga a Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária, e revoga os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da RN nº 252, de 28 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras de portabilidade e de portabilidade especial de carências.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem os artigos 1º e 3º, os incisos II, XXIV, XXVIII, XXXII e XLI do artigo 4º e o inciso II do artigo 10, todos da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000; e o inciso III do artigo 6º e a alínea "a" do inciso II do artigo 30, ambos da Resolução Regimental - RR nº 01, de 17 de março de 2017, em reunião realizada no dia 3 de dezembro de 2018, adotou a seguinte Resolução Normativa - RN e eu, Diretor-Presidente substituto, determino a sua publicação.

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde.

Art. 2º Para efeito desta Resolução, consideram-se:

I - portabilidade de carências: é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, observados os requisitos dispostos nesta Resolução; e

II - carência: é o período ininterrupto, contado a partir do vínculo do beneficiário ao contrato do plano privado de assistência à saúde, durante o qual as mensalidades são pagas, mas o beneficiário não tem acesso a determinadas coberturas previstas na segmentação assistencial do plano, conforme disposto no inciso V do artigo 12 da Lei nº 9656, de 1998;

III - plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário encontra-se vinculado para ter direito à portabilidade de carências;

IV - plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde ao qual o beneficiário irá se vincular por ocasião da portabilidade de carências;

V - prazo de permanência: é o período ininterrupto em que o beneficiário deve permanecer vinculado ao plano de origem para se tornar elegível ao exercício da portabilidade de carências;

VI - portabilidade especial de carências: é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na hipótese de cancelamento do registro da operadora do plano de origem ou de sua Liquidação Extrajudicial, observados os requisitos dispostos nesta Resolução;

VII - portabilidade extraordinária de carências: é o direito que o beneficiário tem de mudar de plano privado de assistência à saúde dispensado do cumprimento de períodos de carência ou cobertura parcial temporária relativos às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, na hipótese de cancelamento do registro da operadora do plano de origem ou de sua Liquidação Extrajudicial, caso não seja possível a aplicabilidade das disposições desta Resolução ou em hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público.

CAPÍTULO II DAS REGRAS GERAIS SOBRE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Art. 3º Para realizar a portabilidade de carências, devem ser atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

I - o vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;

II - o beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

III - o beneficiário deve ter cumprido prazo de permanência:

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária; ou

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem ou no mínimo dois anos na hipótese em que o beneficiário tenha exercido a portabilidade para um plano de destino que possuía coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem;

IV - o plano de origem deve ter sido contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

V - a faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior a 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;

VI - caso o plano de destino seja de contratação coletiva, o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, ou o beneficiário deverá ser ou possuir vínculo com empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

§ 1º O prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo não será exigível do recém-nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário, titular ou dependente, durante os primeiros 30 (trinta) dias após o parto, ou que tenha sido inscrito no plano de origem como dependente no prazo de 30 (trinta) dias do nascimento ou da adoção, na forma das alíneas "a" e "b" do inciso III do artigo 12 da Lei nº 9.656, de 1998.

