



MANUAL DE CARÊNCIAS E PORTABILIDADE

Unimed 
Sul Capixaba

ÚLTIMAS ALTERAÇÕES

- Adicionado o Sumário;
 - Item “RECÉM NASCIDO, ADOÇÃO, GUARDA OU TUTELA”: Incluída a nota 1, sobre vigência do **recém-nascido**;
 - Item “REGRAS PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ENTRE PLANOS DA UNIMED SUL CAPIXABA – MIGRAÇÃO”, “CONDIÇÕES”: Incluído o item VIII, sobre vigência nos casos de migração.
-

OBJETIVO

Instruir o consultor de vendas e demais envolvidos no processo sobre:

- Carências contratuais e prazos de carência – pessoa física, coletivo empresarial e coletivo por adesão;
- Cobertura Parcial Temporária – CPT;
- Aproveitamento de carências no caso de migração;
- Portabilidade de carências;
- Compra de carência.

DEFINIÇÃO

CPT: Cobertura Parcial Temporária;

DLP: Doenças e Lesões Preexistentes;

OPS: Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde;

Cobertura Assistencial: é o conjunto de procedimentos da área da saúde que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar e no contrato assinado na compra do plano de saúde. Durante o período de cumprimento da carência, o beneficiário não tem direito a algumas coberturas;

Entrevista Qualificada: Nome reduzido que faz referência aos seguintes documentos (FM-MCD-005, FM-MCD-007e OD-MCD-022).

DESCRIÇÃO

SUMÁRIO

DEFINIÇÃO DE CARÊNCIAS CONTRATUAIS	3
DEFINIÇÃO DE CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	3
PRAZOS DE CARÊNCIAS PARA COLETIVO EMPRESARIAL	3
CONTRATO QUE NO ATO DA CELEBRAÇÃO TIVER 30 VIDAS OU MAIS	4
PRAZOS DE CARÊNCIAS PARA COLETIVO POR ADESÃO E PESSOA FÍSICA	5
APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS	5
RECÉM NASCIDO, ADOÇÃO, GUARDA OU TUTELA	5
CÔNJUGE	7

REGRAS PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ENTRE PLANOS DA UNIMED SUL CAPIXABA – MIGRAÇÃO	7
CONDIÇÕES	7
AMPLIAÇÃO DA ACOMODAÇÃO	8
AMPLIAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	8
AMPLIAÇÃO DA SEGMENTAÇÃO	8
CANCELAMENTO DE USUÁRIOS REGIDOS PELA RN Nº 561 (A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO)	9
ADAPTAÇÃO	9
PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS – RN Nº 438/2018	10
PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS CONDICIONADA	11
PORTABILIDADE ESPECIAL E EXTRAORDINÁRIA DE CARÊNCIAS	12
REGRAS GERAIS DE PORTABILIDADE	12
ASPECTOS OPERACIONAIS DA PORTABILIDADE	13
REDUÇÃO DE CARÊNCIAS OU COMPRA DE CARÊNCIAS	14
REFERÊNCIAS	15

DEFINIÇÃO DE CARÊNCIAS CONTRATUAIS

Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual Cobertura Parcial Temporária por DLP.

As regras para a adoção de carências diferenciadas estão dispostas no decorrer dessa instrução.

DEFINIÇÃO DE CPT – COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA

A Cobertura Parcial Temporária (CPT) é a restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, de 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

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.

PRAZOS DE CARÊNCIAS PARA COLETIVO EMPRESARIAL

Procedimento	Carência
Consultas médicas	15 dias
Exames básicos (RX contrastado e exames diagnose em obstetrícia)	15 dias
Fisioterapia	180 dias
Exames especializados	180 dias
Internações/Procedimentos Cirúrgicos*	180 dias
Internações clínicas*	180 dias
Terapia / Procedimentos de Alta Complexidade	180 dias
Quarto Coletivo*	180 dias
Quarto Privativo (Quando contratado)*	180 dias
Partos a Termo (Quando contratado)*	300 dias
Cirurgias Ambulatoriais	180 dias

*Estes procedimentos não se aplicam aos produtos ambulatoriais.

A tabela de carências assinada pelo beneficiário é obrigatória para inclusões e novos contratos, exceto quando este for isento de carências.

CONTRATO QUE NO ATO DA CELEBRAÇÃO TIVER 30 VIDAS OU MAIS

- Terão seus participantes (empresa e beneficiário) isentos de carência e CPT caso ingressem em até 30 dias da celebração do contrato;
- Após 30 dias da celebração do contrato, só serão isentos de carência e CPT os novos participantes (beneficiários), desde que o ingresso seja feito em até 30 dias de sua vinculação a pessoa jurídica participante;
- **Recém-nascido** incluído como dependente no contrato maior de 30 vidas com obstetrícia estarão isentos de carências independente da condição do titular, desde que incluído em até 30 dias do nascimento;
- Não serão cobrados novos períodos de carência e CPT para beneficiários que estejam migrando dentro do mesmo grupo corporativo, exemplo: mesma empresa que esteja movendo um funcionário de um CNPJ para outro.

PRAZOS DE CARÊNCIAS PARA COLETIVO POR ADESÃO E PESSOA FÍSICA

Procedimento	Carência
Consultas médicas	30 dias
Exames básicos (RX contrastado e exames diagnose em obstetrícia)	30 dias
Fisioterapia	180 dias
Exames especializados	180 dias
Internações/Procedimentos Cirúrgicos*	180 dias
Internações clínicas*	180 dias
Terapia / Procedimentos de Alta Complexidade	180 dias
Quarto Coletivo*	180 dias
Quarto Privativo (Quando contratado)*	180 dias
Partos a Termo (Quando contratado)*	300 dias
Cirurgias Ambulatoriais	180 dias

*Estes procedimentos não se aplicam aos produtos ambulatoriais.

A tabela de carências assinada pelo beneficiário é obrigatória para inclusões, exceto quando este for isento de carências.

Nota: Para plano não regulamentado os prazos de carências deverão ser consultados junto ao setor administrativo de Vendas/Coordenação de Negócios.

APROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS

RECÉM NASCIDO, ADOÇÃO, GUARDA OU TUTELA

Em planos de segmentação hospitalar com obstetrícia, mesmo que o parto não tenha sido coberto pela operadora, o **recém-nascido** (filho natural ou adotivo) incluído na condição de

dependente em até 30 dias do nascimento ou da adoção, deverão ser observadas as seguintes regras:

- Pai, mãe ou responsável legal que **já cumpriram o prazo de carência de 180 dias**:
 - Isenção de carência para todos os procedimentos;
 - Isenção da Cobertura Parcial Temporária – CPT;
 - Cobertura assistencial durante os primeiros 30 dias após o parto.
- Pai, mãe ou responsável legal que **não cumpriram o prazo de carência de 180 dias**:
 - O aproveitamento das carências e cobertura assistencial, seguirão o período já cumprido pelo responsável legal ativo no plano e, deverá ser calculado pela data de Início da vigência do mesmo até a data de Início da vigência do **recém-nascido**;
 - Isenção da Cobertura Parcial Temporária – CPT
 - **Cobertura assistencial somente após a inclusão no plano.**

Nota¹: Em plano com obstetrícia, a inclusão de **recém-nascido** deverá ser realizada respeitando os 30 dias do nascimento. Ou seja, se o responsável solicitou a inclusão no 30º dia, por exemplo, a vigência deve ser de imediato e o consultor de vendas deverá comunicar ao setor administrativo de Vendas/Coordenação de Negócios para que a inclusão seja cadastrada o mais breve possível.

Nota²: Em planos de segmentação ambulatorial, o **recém-nascido** cumprirá os períodos de carências integrais.

Nota³: O aproveitamento de carência do **recém-nascido** seguirá as carências do beneficiário ativo no contrato com o maior tempo de carência.

Nota⁴: De acordo com a súmula normativa nº 25 da ANS, menor de 12 anos adotado, ou sob guarda ou tutela, independentemente do tipo de segmentação contratada, pode ser inscrito na condição de dependente no plano privado de assistência à saúde em até 30 (trinta) dias a contar da adoção, guarda ou tutela (provisória ou definitiva) aproveitando os prazos de carência já cumpridos pelo pai, mãe ou responsável legal. No que diz respeito a DLP, não será possível a exigência de CPT, independentemente do tipo de segmentação contratada.

Nota⁵: De acordo com a súmula normativa nº 25 da ANS, o filho menor de 12 anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente pode ser inscrito no plano privado de assistência à saúde em até 30 dias do reconhecimento, aproveitando os prazos de carência cumpridos pelo beneficiário titular, independente da segmentação contratada. Nesses casos, antes de cadastrar o beneficiário, é necessário enviar a documentação para o setor administrativo de Vendas/Coordenação de Negócios para que seja validado com o Jurídico da Unimed.

Nota⁶: Não haverá aproveitamento de carência e CPT para adesão do **recém-nascido** (natural ou adotivo) na condição de beneficiário titular do contrato.

Nota⁷: O beneficiário **recém-nascido** (natural ou adotivo) na condição de dependente carregará seu benefício de carência isenta caso haja migração, inclusive para plano ambulatorial, onde deverá permanecer na condição de dependente no novo contrato.

Atenção: ao incluir o **recém-nascido** como dependente, sempre deve ser observado se o titular está há mais ou há menos de 180 dias no plano com obstetrícia. Caso o titular tenha realizado migração recente, deve ser observada a segmentação do plano anterior. Se este era

ambulatorial, deve-se ter muita atenção ao calcular os prazos de carência do **recém-nascido**, pois ele não absorverá o tempo que o titular esteve no plano ambulatorial.

Observação: Demais critérios estão definidos na Súmula Normativa nº 25, de 13 de setembro de 2012, disponível no Disco Virtual*.

* Ver Referências

CÔNJUGE

Não haverá aproveitamento de carência e CPT do titular na adesão do novo cônjuge como dependente, exceto quando previsto em contrato.

REGRAS PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA ENTRE PLANOS DA UNIMED SUL CAPIXABA – MIGRAÇÃO

CONDIÇÕES

- I. Para o aproveitamento de carência, a inclusão no novo contrato/plano (regulamentado ou não) deverá ser feita dentro do prazo de 30 dias corridos, a contar da data de cancelamento do plano anterior;
- II. Para exercer migração, o contrato/plano anterior do beneficiário deverá estar cancelado no sistema. Com exceção dos casos em que o cliente assine a Declaração de Manutenção do Plano de Saúde confirmando que tem ciência que possui mais de um plano cadastrado e com mensalidades a serem pagas. Não haverá aproveitamento de carência para usuário optante em manter o contrato anterior ativo e contratar um novo plano. A Declaração de Manutenção do Plano de Saúde está disponível no Disco Virtual*.

* Ver Referências

- III. Beneficiários titulares que estavam isentos de carência e CPT e estejam migrando de empresa maior de 30 vidas para outra empresa, estes irão absorver apenas o tempo que permaneceram no plano anterior;
- IV. Beneficiários dependentes isentos de carência e CPT pela condição de empresa maior de 30 vidas, se realizarem migração, independentemente se for no mesmo contrato ou se for para outra empresa, (por exemplo: trocar da dependência de um titular para outro), estes não carregarão a condição de isenção, absorvendo somente o tempo que permaneceram no plano anterior;
- V. Na migração de beneficiários que já cumpriram o prazo de 24 meses no plano hospitalar, não será necessário o preenchimento de nova declaração de saúde;
- VI. Nos casos de beneficiários que estejam migrando para um plano de segmentação ambulatorial, independentemente do tempo de plano, não se faz necessário o preenchimento de declaração de saúde. O cálculo de Carência e CPT permanecem inalterados;
- VII. Os beneficiários que aderiram ao contrato via portabilidade poderão realizar migração a qualquer momento, permanecendo com a isenção de acordo com as condições que já

estavam e deverão cumprir carências para o que for aumentado (segmentação, abrangência ou acomodação);

- VIII. Na migração, a vigência do novo plano sempre deverá respeitar os 03 dias úteis para cadastro. Casos em que a vigência irá extrapolar os 30 dias para isenção/absorção de carências, mas que o beneficiário/responsável tenha solicitado dentro do prazo, a autorização será via requerimento. Nesses casos o consultor de vendas deverá entrar em contato com o setor de Vendas/Coordenação de Negócios para solicitar o requerimento.

AMPLIAÇÃO DA ACOMODAÇÃO

De quarto coletivo para quarto individual, será exigido o cumprimento de carência de 180 dias para a nova acomodação contratada, de acordo com a legislação vigente.

A tabela de carências a ser utilizada está disponível no Disco Virtual*.

* Ver Referências

AMPLIAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Será exigido o cumprimento de carência integral para os procedimentos relacionados a nova abrangência contratada, de acordo a legislação vigente.

Utilizar a tabela de carências para mudança de abrangência, disponível no Disco Virtual*.

* Ver Referências

AMPLIAÇÃO DA SEGMENTAÇÃO

- Será exigido o cumprimento de carência e CPT integral para os procedimentos relacionados a nova segmentação contratada de acordo a legislação vigente;
- Na migração de um contrato ambulatorial para hospitalar, independentemente do tempo de plano contratado, será exigido (conforme art. 14 da **RN Nº 558**):
 - Preenchimento dos formulários de Declaração de Saúde, Termo de Opção por Cobertura Parcial e;
 - Cumprimento do prazo de 24 meses de CPT para as novas doenças e/ou lesões preexistentes declaradas na contratação ou adesão de plano em substituição a outro e cumprimento de CPT do período remanescente em relação às DLP's declaradas no plano anterior.

Nota: Na migração de um plano ambulatorial para plano hospitalar, o prazo para CPT das DLP's já declaradas anteriormente começa do zero para os procedimentos que não estavam cobertos pelo plano ambulatorial.

A tabela de carências a ser utilizada está disponível no Disco Virtual*.

* Ver Referências

CANCELAMENTO DE USUÁRIOS REGIDOS PELA RN Nº 561 (A PEDIDO DO BENEFICIÁRIO)

Cancelamentos imediatos realizados conforme **RN Nº 561** de 15 de dezembro de 2022 não terão direito ao aproveitamento de Carência e CPT. Os Motivos regidos pela **RN Nº 561** são:

- Insatisfação – Insatisfação com a Unimed
- Insatisfação – Foi para outra Operadora
- Insatisfação – Ficar sem Plano
- Motivo Financeiro – Redução de Custo
- Mudou de Operadora – Financeiro
- Mudou de Operadora–Mudou de Cidade
- Mudou de Cidade–Ficar sem plano
- Algum outro motivo que seja por iniciativa do beneficiário

ADAPTAÇÃO

De acordo com a **RN Nº 562**, adaptação é o aditamento de contrato de plano privado de assistência à saúde celebrado até 1º de janeiro de 1999, para ampliar o conteúdo do contrato de origem de forma a contemplar todo o sistema previsto na Lei nº 9.656, de 1998.

É garantido ao responsável pelo contrato de plano celebrado até 1º de janeiro de 1999 o direito a adaptar o seu contrato ao sistema previsto na Lei nº 9656, de 1998, no mesmo tipo de contratação e de segmentação assistencial, sem que haja nova contagem de carências ou cobertura parcial temporária. Em plano de contratação individual ou familiar, a proposta de adaptação deve incluir todos os beneficiários do contrato.

Nota: O processo de adaptação do contrato individual ou familiar (pessoa física) será realizado pelo setor de Atendimento da OPS, e do contrato empresarial (pessoa jurídica) pelo setor de Relacionamento Empresarial da OPS.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS – RN Nº 438/2018

Conceito: 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. A Portabilidade poderá ser exercida individualmente, assim não será obrigatório que todos os beneficiários do Grupo Familiar ou do Contrato a exerçam.

Requisitos: Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar a **declaração da operadora do plano de origem** para fins de Portabilidade emitida pela Operadora ou pela Administradora de Benefícios de origem, assinar o “Termo de Esclarecimento e Ciência para Portabilidade de Carência” (disponível no Disco Virtual*) e atender simultaneamente aos seguintes requisitos:

- a) O vínculo do beneficiário com o plano de origem deve estar ativo;
- b) O beneficiário deve estar adimplente junto à operadora do plano de origem;
- c) O beneficiário deve ter cumprido Prazo de Permanência:
 - 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
 - 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.
- d) Plano de origem regulamentado ou adaptado;
- e) Faixa de preço igual ou inferior, conforme Guia ANS, para contratos coletivos por adesão.

* Ver Referências

Nota¹: A portabilidade de carências de outra Operadora só poderá ser exercida para os contratos com status “ativo para comercialização na ANS” na Operadora de destino.

Nota²: Plano de destino com status de “ativo com comercialização suspensa”: permitido apenas o ingresso de filho(s) solteiro(s) até 24 anos e novo cônjuge que sejam incluídos como dependentes do beneficiário titular já inscrito.

Nota³: Contrato empresarial cujo plano esteja com status “ativo com comercialização suspensa a pedido da Operadora”, em conformidade com a Lei 9.656/98: permitido o ingresso de qualquer beneficiário (titular ou dependente) conforme contrato.

Nota⁴: Para o contrato de origem não regulamentado não poderá ser realizada portabilidade, à exceção da portabilidade de carências condicionada, especial ou extraordinária.

Nota⁵: 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.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS CONDICIONADA

Conceito: É o direito que o ex-beneficiário tem de contratar ou aderir a um plano privado de assistência à saúde, dispensado total ou parcialmente do cumprimento de períodos de carências ou cobertura parcial temporária relativo às coberturas previstas na segmentação assistencial do plano de origem, em determinadas situações de extinção do plano de origem, nas seguintes hipóteses:

- Pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato;
- Pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário;
- Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário demitido ou aposentado;
- Pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante;
- Pelos 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.

Requisitos: apresentar a declaração da operadora do plano de origem para fins de Portabilidade emitida pela Operadora ou pela Administradora de Benefícios de origem, assinar o “Termo de Esclarecimento e Ciência para Portabilidade de Carência” (disponível no Disco Virtual*) e observar os seguintes itens:

- A portabilidade de carências condicionada inclui os contratos não regulamentados e não adaptados da Operadora de origem e poderá ser exercida ainda em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário;
- A portabilidade deverá ser requerida no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data da ciência pelo beneficiário da extinção do seu vínculo com a operadora, não se aplicando os requisitos de vínculo ativo, de prazo de permanência, e de compatibilidade por faixa de preço;
- 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, será exigido o cumprimento de períodos de carências para essas novas coberturas assistenciais. Essa é a única situação em que será exigido o preenchimento de declaração de saúde;
- Caso o beneficiário esteja vinculado ao plano de origem há menos de 24 meses e esteja cumprindo CPT, a operadora de destino pode cobrar o período remanescente das doenças ou lesões declaradas no plano de origem. Assim ele 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. As novas

doenças ou lesões que o beneficiário tiver adquirido após a contratação do plano de origem e que não tenha declarado na operadora anterior não serão consideradas.

PORTABILIDADE ESPECIAL E EXTRAORDINÁRIA DE CARÊNCIAS

Conceito: A Portabilidade Especial de Carências se refere apenas aos casos de operadoras em saída do mercado, por cancelamento de registro ou liquidação extrajudicial, incluindo os beneficiários dos planos não regulamentados e não adaptados à Lei nº 9.656/1998. Sempre haverá uma Resolução Operacional (RO) publicada pela ANS fixando o prazo de até 60 (sessenta) dias, prorrogáveis, para que os beneficiários da carteira da operadora em saída do mercado exerçam a portabilidade especial de carências para plano de saúde de outra operadora. Com relação a portabilidade extraordinária de carências ocorre 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 que exija sobreposição das regras comuns de portabilidade especial.

Requisitos Específicos:

- O termo inicial do prazo para exercício da portabilidade especial de carências é a data da publicação da Resolução Operacional;
- Não se aplicam à portabilidade especial de carências os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço;
- A portabilidade especial de carências poderá ser exercida pelos beneficiários cujo vínculo tenha sido extinto em até 60 (sessenta) dias antes da data inicial do prazo para a portabilidade especial;
- O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências condicionada, sujeitando-se aos períodos remanescentes de carências e CPT no plano de destino, descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem;
- Para beneficiário com menos de 24 meses no plano de origem, a operadora de destino pode cobrar o período de CPT restante (descontar período já cumprido).

REGRAS GERAIS DE PORTABILIDADE

No plano de contratação coletiva – o beneficiário deverá possuir vínculo com a pessoa jurídica contratante.

Em contratos adaptados – o prazo de permanência será contado a partir da data da adaptação.

Caso o beneficiário esteja internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação, a exceção das portabilidades condicionadas, especial ou extraordinária.

O plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem. Assim, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as novas coberturas.

Plano de origem com obstetrícia – O prazo de permanência 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.

A faixa de preço do plano de destino de contratação individual (Pessoa Física) ou da Coletiva Por Adesão 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. A consulta a esse módulo é feita através de login no portal gov.br e é realizada individualmente pelo beneficiário.

Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de declaração de saúde e não caberá alegação de novas doenças ou lesões preexistentes. Ressalva-se quando o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem. Poderá ser exigido o preenchimento de formulário de Declaração de Saúde (DS) com possibilidade de alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

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.

Empresas que tiverem contrato em outra operadora e na Unimed Sul Capixaba ao mesmo tempo, caso haja rescisão do contrato na outra operadora, os beneficiários poderão fazer portabilidade para o contrato dessa mesma empresa na Unimed Sul Capixaba.

ASPECTOS OPERACIONAIS DA PORTABILIDADE

Informações mínimas que deverão constar na Declaração da Operadora do Plano de Origem para fins de Portabilidade:

- I. N° de Registro da Operadora;
- II. N° de Registro do Produto;
- III. Prazo de permanência;
- IV. Adimplência;
- V. Se ingressou no plano via portabilidade;
- VI. Se cumpriu ou está em cumprimento de CPT – se positivo, anexar cópia da Declaração de Saúde;
- VII. Se o plano foi adaptado à Lei 9656/98 e quando;
- VIII. Valor da mensalidade do plano atualizada (inclusive nos casos de remissão).

Caso a Declaração da Operadora do plano de origem não contemple todos os requisitos necessários para fins de Portabilidade, poderá ser disponibilizado o comprovante de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas, a proposta de adesão assinada ou contrato assinado.

Se o beneficiário comprovar que a mensalidades foram descontadas em folha (ex: holerite) ou efetuou o pagamento referente ao plano de saúde à PJ contratante, estes documentos podem ser apresentados para comprovar o adimplemento, mesmo que a PJ contratante esteja inadimplente junto à operadora do plano de origem.

O Guia ANS de Planos de Saúde, acessível na página institucional da ANS na internet (www.ans.gov.br) emitirá Relatório de Compatibilidade entre os planos de origem e de destino e que deverá ser aceito e terá validade de 5 (cinco) dias a partir da emissão do número de protocolo. Esse mesmo relatório estará disponível para consulta da operadora no Portal Operadoras, área restrita na página institucional da ANS na internet. Esse relatório funciona como um documento facilitador tanto para operadoras como para os beneficiários, para verificação de cumprimento de todos os requisitos para o exercício do direito à portabilidade. A consulta e emissão do relatório deverá ser realizada pelo beneficiário, sendo importante ferramenta para uma concorrência saudável e sustentável do setor, e para garantia de mobilidade dos beneficiários no sistema de saúde suplementar brasileiro. O relatório de compatibilidade poderá ser dispensado na portabilidade entre Contratos Empresariais.

A data de início de vigência do plano de destino deverá ser o decimo primeiro dia a contar da data de solicitação, considerando o prazo para análise da solicitação de portabilidade conforme **RN N° 438**.

O prazo da entrega da movimentação cadastral na Operadora não poderá ser superior a 3 dias corridos da solicitação.

A Operadora terá 10 (dez) dias a contar da solicitação, para analisar a solicitação de portabilidade de carências e os documentos comprobatórios ora apresentados, e caso não tenha sido atendido algum dos requisitos para realizar a portabilidade, o pedido será indeferido, sendo a comunicação deste feito através do endereço eletrônico disponibilizado no Termo de Esclarecimento e Ciência para Portabilidade de Carência.

Ao exercer a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com o plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do seu vínculo com o plano de destino. Após 5 dias da vigência, se o beneficiário não cancelar o plano de origem, a OPS de destino irá desconsiderar o direito à portabilidade e aplicar carências.

Todas as disposições na íntegra estão descritas na Resolução Normativa – **RN N° 438** e na Instrução Normativa – IN N° 56/2018.

REDUÇÃO DE CARÊNCIAS OU COMPRA DE CARÊNCIAS

A compra parcial da carência da Operadora de Origem será apenas para casos em que o beneficiário não possui direito a portabilidade, isentando apenas consultas e exames simples do beneficiário.

Será necessário apresentar a declaração da Operadora de origem contendo as seguintes informações:

- I. Tempo de plano;
- II. Abrangência;
- III. Situação ativo ou cancelado em até 30 dias.

Nota¹: o beneficiário deverá preencher a declaração de saúde. Estando de acordo com os requisitos, o beneficiário, mesmo que tenha registrado DLP, terá aproveitamento das carências para consultas e exames simples.

Nota²: O compra de carências na formalização de Contratos de Segmentação Ambulatorial é autorizado somente o aproveitamento de carências para consultas e exames simples e a entrevista qualificada deverá ser realizada. Necessário comprovar as informações descritas acima.

Nota³: A declaração da empresa contratante não serve como comprovante para aproveitamento de carência.

Nota⁴: No caso de compra de carência, não é obrigatório o cancelamento do plano anterior na Operadora de origem.

REFERÊNCIAS

- **Súmula Normativa nº 25/2012** – Disponível no Disco Virtual, pasta “Manuais de vendas”;
- **Declaração de Manutenção do Plano de Saúde** – Disponível no Disco Virtual, pasta “Formulários para adesão (beneficiário)”;
- **Termo de Esclarecimento e Ciência para Portabilidade de Carência** – Disponível no Disco Virtual, pasta “Portabilidade”;
- **Tabela de carência - ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia OD-MCD-006** – Disponível no Disco Virtual, pasta “Formulários para adesão (beneficiário)”, “Tabelas de Carência”;
- **Tabela de carências - mudança de abrangência OD-MCD-007** – Disponível no Disco Virtual, pasta “Formulários para adesão (beneficiário)”, “Tabelas de Carência”;
- **Tabela de carências - plano ambulatorial OD-MCD-008** – Disponível no Disco Virtual, pasta “Formulários para adesão (beneficiário)”, “Tabelas de Carência”;
- **Lei 9.656/98**, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde;
- **Sumula Normativa nº 21/201**, que dispõe sobre contagem de períodos de carência;
- **Resolução Normativa Nº 558/2022**, que dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde; Carta de Orientação ao Beneficiário e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de

DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS;

- **Resolução Normativa nº 562/2022**, que dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999;

- **Resolução Normativa nº 561/2022**, que dispõe sobre a solicitação de cancelamento do contrato do plano de saúde individual ou familiar, e de exclusão de beneficiário de contrato coletivo empresarial ou por adesão;

- **Resolução Normativa nº 438/2018**, que dispõe sobre a regulamentação da portabilidade de carências para beneficiários de planos privados de assistência à saúde;

- **Instrução Normativa - IN Nº 56/2018**, que dispõe sobre as faixas de preço para fins de portabilidade de carências e migração.



Setor de Vendas/Coordenação de Negócios