

§ 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.



§ 2º Em contratos firmados anteriormente à 1º de janeiro de 1999 e adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, o prazo de permanência previsto no inciso III do caput deste artigo será contado a partir da data da adaptação.

§ 3º O beneficiário que aderir a um novo contrato de uma operadora via oferta pública das referências operacionais e do cadastro de beneficiários, deverá cumprir o prazo de permanência de um ano neste plano para exercício da portabilidade de carências, não se aplicando o requisito previsto no inciso III do caput deste artigo.

§ 4º As faixas de preço previstas no inciso V do caput deste artigo estão definidas em Instrução Normativa editada pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO.

§ 5º Para os planos com formação de preço pós-estabelecido, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 6º Quando o plano de origem e o plano de destino forem do tipo de contratação coletivo empresarial, não será exigível a compatibilidade por faixa de preço prevista no inciso V do caput deste artigo.

§ 7º Para os planos exclusivamente odontológicos, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no inciso V do caput deste artigo, o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem acrescida de 30% (trinta por cento).

§ 8º Para fins de contagem do prazo de permanência previsto no inciso III do caput, nos casos em que tenha havido mudança de plano com coberturas idênticas na mesma operadora, sem solução de continuidade entre os planos, será considerado o período ininterrupto em que o beneficiário permaneceu vinculado à operadora do plano de origem.

Art. 4º A portabilidade de carências deverá ser exercida individualmente pelo beneficiário.

Parágrafo único. Na hipótese de plano de contratação individual ou familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo familiar, será assegurado aos beneficiários já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.

Art. 5º A portabilidade de carências poderá ser requerida a qualquer tempo pelo beneficiário após o cumprimento do prazo de permanência previsto no inciso III do caput do artigo 3º desta Resolução.

Parágrafo único. Caso o beneficiário esteja internado, a portabilidade de carências somente poderá ser requerida após a alta da internação, ressalvadas as hipóteses de portabilidade previstas nos artigos 8º, 12 e 13 desta Resolução.

Art. 6º 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.

Art. 7º O plano de destino poderá possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, sendo que, nesses casos, poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carências para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, fixando-se 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;
- V - prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas para casos de urgência e emergência.

Art. 8º A portabilidade de carências poderá ser exercida em decorrência da extinção do vínculo de beneficiário e 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 previstos, respectivamente, nos incisos I, III e V do caput do artigo 3º desta Resolução, nas seguintes hipóteses:

- I - pelo beneficiário dependente, em caso de morte do titular do contrato, sem prejuízo do disposto no §3º do artigo 30 da Lei nº 9.656, de 1998;
- II - pelo beneficiário dependente, em caso de perda da condição de dependência do beneficiário enquadrado no §1º do artigo 3º, no inciso VII do artigo 5º ou no §1º do artigo 9º, todos da RN nº 195, de 2009;
- III - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de demissão, exoneração ou aposentadoria, tendo ou não contribuído financeiramente para o plano de origem, ou quando do término do período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- IV - pelo beneficiário titular e seus dependentes, em caso de rescisão do contrato coletivo por parte da operadora ou da pessoa jurídica contratante.

§ 1º Os beneficiários mencionados nos incisos do caput deste artigo que tiveram seu vínculo extinto, deverão ser comunicados pela operadora do plano de origem sobre o direito ao exercício da portabilidade, por qualquer meio que assegure a ciência inequívoca do beneficiário, indicando o valor da mensalidade do plano de origem, discriminado por beneficiário, e o início e o fim do prazo disposto no caput.

§ 2º A portabilidade de carências tratada neste artigo poderá ser exercida por beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 3º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias, pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução. http://intranet/texto_lei.php?id=1728

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

§ 5º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade de carências tratada neste artigo, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

Art. 9º O plano de destino não pode estar com registro em situação "ativo com comercialização suspensa" ou "cancelado", ressalvados os seguintes casos:

- I - plano de destino com registro em situação "ativo com comercialização suspensa", em que será permitido o ingresso de filhos e novo cônjuge que sejam incluídos como dependentes do beneficiário titular já vinculado ao plano.
- II - plano de destino de contratação coletiva que estiver ativo com comercialização suspensa exclusivamente pelo motivo de solicitação da operadora, em que não será vedado o ingresso de novos beneficiários vinculados à pessoa jurídica dos contratos já firmados.

Parágrafo único. Para os casos previstos nos incisos I e II do caput deste artigo, considera-se na mesma faixa de preço, prevista no inciso V do caput do artigo 3º, o plano de destino cuja mensalidade seja menor ou igual à mensalidade do plano de origem acrescida de 30% (trinta por cento).

Art. 10. Para efeitos de portabilidade de carências, a operadora do plano de destino não poderá estar submetida a:

- I - alienação compulsória de sua carteira;
- II - oferta pública do cadastro de beneficiários; ou
- III - prazo estabelecido em Resolução Operacional para exercício da portabilidade especial de carências ou da portabilidade extraordinária de carências pelos seus beneficiários.

Art. 11. A operadora ou a administradora de benefícios, seja do plano de origem ou do plano de destino, não poderá realizar qualquer cobrança ao beneficiário em virtude do exercício da portabilidade de carências.

Parágrafo único. Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências.

CAPÍTULO III

DAS PORTABILIDADES ESPECIAL E EXTRAORDINÁRIA DE CARÊNCIAS

Art. 12. No curso de processo administrativo referente ao cancelamento do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial da operadora, a Diretoria Colegiada pode, a seu critério, expedir Resolução Operacional 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, na forma prevista nesta Resolução e com as especificidades descritas neste artigo.

§ 1º O termo inicial do prazo para exercício da portabilidade especial de carências é a data da publicação da Resolução Operacional, mencionada no caput deste artigo.

§ 2º Não se aplicam à portabilidade especial de carências os requisitos de prazo de permanência e de compatibilidade por faixa de preço, previstos, respectivamente, nos incisos III e V do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 3º A portabilidade especial de carências poderá ser exercida por todos os beneficiários da operadora em saída do mercado, inclusive os beneficiários de planos contratados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, não se aplicando o requisito previsto no inciso IV do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 4º 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 de carências da operadora em saída do mercado, não se aplicando, neste caso, o requisito de vínculo ativo previsto no inciso I do caput do artigo 3º desta Resolução.

§ 5º O beneficiário que esteja vinculado ao plano de origem há menos de 300 (trezentos) dias pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se, quando cabíveis, aos períodos de carências do plano de destino descontados do tempo em que permaneceu no plano de origem, ressalvados os casos previstos no § 8º, do artigo 3º desta Resolução.

§ 6º O beneficiário que esteja cumprindo cobertura parcial temporária no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, sujeitando-se aos respectivos períodos remanescentes no plano de destino.

§ 7º O beneficiário que esteja pagando agravo e que tenha menos de 24 (vinte e quatro) meses de contrato no plano de origem pode exercer a portabilidade especial de carências, podendo optar pelo cumprimento de cobertura parcial temporária referente ao tempo remanescente para completar o referido período de 24 (vinte e quatro) meses, ou pelo pagamento de agravo a ser negociado com a operadora do plano de destino.

Art. 13. No curso de processo administrativo referente ao cancelamento do registro de operadora ou de Liquidação Extrajudicial da operadora, caso não seja possível a aplicabilidade das disposições desta Resolução ou em hipótese que mereça ser excetuada em face do interesse público, a Diretoria Colegiada, motivadamente, poderá, por meio de Resolução Operacional, decretar a portabilidade extraordinária de carências, definindo as regras que deverão ser observadas para o exercício da portabilidade pelos beneficiários dessas operadoras.

CAPÍTULO IV

DOS ASPECTOS OPERACIONAIS

Art. 14. 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 portabilidade de carências.

§ 1º O Guia ANS de Planos de Saúde emitirá relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino, na data da consulta, para fins de portabilidade de carências, gerando um número de protocolo.

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

§ 3º O relatório previsto no § 1º deste artigo estará disponível para consulta da operadora do plano de destino no Portal Operadoras, área restrita na página institucional da ANS na internet.

§ 4º A operadora do plano de origem deverá fornecer aos seus beneficiários, quando solicitada por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, as informações referentes ao plano de origem, tais como data de vinculação ao plano, número do registro da operadora e número do registro do plano.

Art. 15. O beneficiário que não conseguir identificar o plano de origem, em consulta ao Guia ANS de Planos de Saúde, poderá protocolizar na ANS solicitação de busca por planos de destino para realizar a portabilidade de carências.

§ 1º Caso se verifique que o plano de origem não constava das bases de dados do Guia ANS de Planos de Saúde, a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO enviará ao beneficiário ofício autorizativo para a realização da portabilidade de carências, desde que o beneficiário observe os requisitos desta Resolução.

§ 2º A solicitação de portabilidade de carências com a entrega do ofício autorizativo tratado no §1º deste artigo substitui para todos os efeitos a apresentação do relatório de compatibilidade do Guia ANS de Planos de Saúde.

§ 3º Caso se verifique que o plano 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.

§ 4º 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. 16. Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá apresentar os seguintes documentos:

- I - 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 do beneficiário;
- II - 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;
- III - relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou número de protocolo de consulta de compatibilidade de plano para portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde, ou ofício autorizativo emitido pela ANS na forma do §1º, do artigo 15 desta resolução;
- IV - caso o plano de destino seja de contratação coletiva, comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, nos termos dos artigos 5º e 9º da RN nº 195, de 2009, ou comprovação referente ao empresário individual, nos termos da RN nº 432, de 27 de dezembro de 2017.

Parágrafo único. A operadora do plano de origem deverá fornecer aos seus beneficiários, quando solicitada por meio de quaisquer de seus canais de atendimento, as declarações de adimplemento e de prazo de permanência indicados nos incisos I e II do caput deste artigo.

Art. 17. A portabilidade de carências deverá ser formalizada diretamente na operadora do plano de destino ou na administradora de benefícios responsável pelo plano de destino, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do beneficiário, estando a solicitação de portabilidade sujeita à recusa no prazo de 10 (dez) dias.

Parágrafo único. Caso o beneficiário não atenda aos requisitos previstos nesta Resolução, a operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a solicitação de portabilidade de carências, desde que apresente a devida justificativa.

Art. 18. 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.

§ 1º A solicitação de cancelamento prevista no caput deste artigo deverá observar o disposto na RN nº 412, de 10 de novembro de 2016, 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.



§ 2º A operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino deverá comunicar ao beneficiário sobre a obrigação prevista no caput deste artigo, informando que, em caso de não atendimento, o beneficiário estará sujeito ao cumprimento dos períodos de carências cabíveis no plano de destino.

Art. 19. Até que o vínculo contratual do plano de origem seja extinto, o beneficiário deverá pagar regularmente a sua mensalidade.

Parágrafo único. A operadora do plano de origem deverá adotar a cobrança pro-rata para a última mensalidade ou, a devolução das diferenças pagas a maior, conforme o caso.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 20. A realização da portabilidade de carências deverá ser disponibilizada por via eletrônica caso a operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino ofereça a contratação eletrônica de planos privados de assistência à saúde, nos termos da RN nº 413, de 11 de novembro de 2016.

Art. 21. No exercício do direito à portabilidade de carências não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de declaração de Saúde (DS) e não caberá alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP).

Parágrafo único. Ressalva-se o disposto no caput deste artigo quando o plano de destino possuir coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem, podendo ser exigido, neste caso, o preenchimento de formulário de declaração de Saúde (DS) com possibilidade de alegação de Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) no plano de destino somente para as coberturas não previstas na segmentação assistencial do plano de origem.

Art. 22. Ficam revogadas a Resolução Normativa - RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, e os artigos 1º, 3º, 4º e 7º e o §2º do artigo 9º, todos da Resolução Normativa - RN nº 252, de 28 de abril de 2011.

Art. 23. Esta Resolução entra em vigor no prazo de 180 (cento e oitenta) dias após a data de sua publicação.

LEANDRO FONSECA DA SILVA
Diretor-Presidente
Substituto

DIRETORIA COLEGIADA DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 56, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018

Dispõe sobre as faixas de preço para fins de portabilidade de carências e migração, regulamentados, respectivamente, pela Resolução Normativa - RN nº 438, de 3 de dezembro de 2018 e pela RN nº 254, de 5 de maio de 2011; e revoga a Instrução Normativa-IN nº 19, de 3 de abril de 2009, da DIPRO, a IN nº 30, de 28 de abril de 2011, da DIPRO e a IN nº 41, de 5 de dezembro de 2012, da DIPRO.

O Diretor Responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, em vista do que dispõem a alínea "a" do inciso I do art. 20 e a alínea "a" do inciso I do art. 29, ambos da Resolução Regimental - RR nº 1, de 17 de março de 2017, e considerando a aprovação da Diretoria Colegiada - DICOL em reunião realizada em 3 de dezembro de 2018, resolve expedir a seguinte Instrução Normativa - IN:

PORTARIA Nº 8, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2018

O DIRETOR DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS, no uso da competência prevista nos arts. 10 e 21, inciso I, alínea "b" c/c Anexo V da Resolução Regimental - RR nº 1, de 17 de março de 2017 e tendo em vista o disposto no art. 13º da Resolução Administrativa nº 68, 05 de junho de 2017, resolve:

Art. 1º. Dar publicidade ao relatório de acompanhamento do teletrabalho das unidades organizacionais desta DIPRO, cujos planos de trabalho foram publicados por meio da Portaria DIPRO nº 005, de 25/06/2018, no Boletim de Serviço nº 89/2018, de 26/06/2018, referentes ao trimestre de 01/07/2018 a 30/09/2018, na forma do anexo desta Portaria.

Art. 2º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ROGÉRIO SCARABEL

ROGÉRIO SCARABEL BARBOSA

ANEXO

ANEXO 5: RELATÓRIO DE DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS (RA/ANS nº 68, ART.13)

DIRETORIA	DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS (PORTARIA nº 001, DE 09/01/2018)		
PERÍODO DO TELETRABALHO	01/07/2018 A 30/09/2018 (*)		
Nº DO PLANO DE TELETRABALHO	UNIDADE ADMINISTRATIVA (**)	Nº DE SERVIDORES PARTICIPANTES	RESULTADO ALCANÇADO (***)
001/2018/GEAS	GEAS	9	105%
001/2018/GEDIT	GEDIT	2	118%
001/2018/GEARA	GEARA	3	105%
001/2018/GEFAP	GEFAP	2	109%
001/2018/GEMOP	GEMOP	3	105%

(*) O período de teletrabalho varia de acordo com o início da atividade na unidade administrativa

(**) As demais Unidades Organizacionais não tiveram servidores em regime de teletrabalho no período.

(***) Em relação à meta com adicional de 30% para os dias em teletrabalho

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

DESPACHO Nº 304, DE 3 DE DEZEMBRO DE 2018

O Diretor - Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto no art. 53, IX, § 1º do Regimento Interno aprovado nos termos do Anexo I da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 61, de 3 de fevereiro de 2016, e em razão da reorganização administrativa, que se encontra em andamento, visando ao adequado cumprimento da Lei nº 13.411, de 2016, bem como diante do grande acervo de recursos protocolados antes da vigência da nova legislação, resolve prorrogar por até noventa dias, nos termos do art. 15, §§ 4º e 5º, da Lei nº 9.782, de 1999, o prazo para publicação de decisão referente ao recurso administrativo listado no Anexo.

WILLIAM DIB

ANEXO

Empresa: SHOFU DENTAL BRASIL COMERCIO DE PRODUTOS ODONTOLOGICOS LTDA
CNPJ: 26.957.486/0001-44
Processo: 25351585128201819
Expediente: 0953337/18-1
Nome Comercial (Produto): Silicone OneGloss
Data do Protocolo: 01/10/2018

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

PORTARIA Nº 1.859, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2018

Habilita, em regime de Hospital Dia, o Aspen Med, município de Sumaré (SP).

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições, considerando o Capítulo V, Anexo 1 do Anexo XXIV - Da modalidade de assistência em regime de hospital-dia - da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde; e

Considerando os pareceres favoráveis dos respectivos gestores locais do SUS, resolve:

Art. 1º Fica habilitada, em regime de Hospital Dia, a unidade de saúde a seguir relacionada, no código 12.02 - Procedimentos cirúrgicos, diagnósticos ou terapêuticos, com 4 leitos, nos termos da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:

UF	MUNICÍPIO	CNES	CNPJ	ENTIDADE	GESTÃO
SP	Sumaré	9330070	28.184.764/0001-01	Aspen Med	Municipal

Art. 2º A habilitação concedida por esta Portaria, não acarretará alteração no teto financeiro do estado e/ou município. O serviço de atendimento em regime de Hospital Dia não gera impacto financeiro já que, nesta modalidade de assistência, as cobranças dos procedimentos são efetuadas por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), conforme legislação.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIREDO