

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR

DIRETORIA COLEGIADA

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 186, DE 14 DE JANEIRO DE 2009

Dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar

- ANS, em vista do que dispõem os arts. 1º, 3º, incisos XXIV, XXVIII e XXXII do art. 4º e inciso II do art. 10 da Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000, em conformidade com a alínea “a” do inciso II do art. 64, do anexo I, da Resolução Normativa - RN nº 81, de 2 de setembro de 2004, em reunião realizada no dia 13 de janeiro de 2009, adotou a seguinte Resolução Normativa e eu, Diretor-Presidente, determino a sua publicação:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a portabilidade de carências e sem a imposição de cobertura parcial temporária para beneficiários de planos privados de assistência à saúde individuais e familiares contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998.

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

I - plano de origem: é o plano privado de assistência à saúde contratado pelo beneficiário no período imediatamente anterior à portabilidade de carências;

II - plano de destino: é o plano privado de assistência à saúde a ser contratado pelo beneficiário por ocasião da portabilidade de carências;

III - carência: é o período ininterrupto, contado a partir da data de início da vigência do contrato do plano de saúde, durante o qual o contratante paga as mensalidades, mas ainda não tem acesso a determinadas coberturas previstas no contrato, conforme previsto no inciso V do art. 12 da Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, nos termos desta Resolução;

IV - prazo de permanência: é o período ininterrupto em que o beneficiário deve manter o contrato de plano de origem em vigor para se tornar elegível para portabilidade de carências com base na regra de portabilidade de carências prevista no art. 3º;

V - tipo: é a classificação de um plano privado de assistência à saúde com base na abrangência geográfica e segmentação assistencial, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

VI - tipo compatível: é o tipo que permite ao beneficiário o exercício da portabilidade para um outro tipo por preencher os requisitos de abrangência geográfica, segmentação assistencial, tipo de contratação e faixa de preço, nos termos desta Resolução; e VII - portabilidade de carências: é a contratação de um plano privado de assistência à saúde com registro de produto na ANS na

mesma ou em outra operadora, concomitantemente à rescisão do contrato referente a um plano privado de assistência à saúde, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei n.º 9.656, de 1998, em tipo compatível, observado o prazo de permanência, na qual o beneficiário está dispensado do cumprimento de novos períodos de carência ou cobertura parcial temporária.

CAPÍTULO II

DAS REGRAS GERAIS SOBRE A PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS Art. 3º O beneficiário de plano de contratação individual ou familiar, contratado após 1º de janeiro de 1999 ou adaptado à Lei n.º 9.656, de 1998, fica dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e de cobertura parcial temporária na contratação de novo plano de contratação individual ou familiar, na mesma ou em outra operadora de plano de assistência à saúde, desde que sejam atendidos simultaneamente os seguintes requisitos:

I - estar adimplente junto à operadora do plano de origem, conforme inciso I do art. 8º;

II - possuir 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 dois anos de permanência no plano de origem.

III - o plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;

IV - a faixa de preço do plano de destino ser igual ou inferior à que se enquadra o seu plano de origem, considerada a data da assinatura da proposta de adesão; e V - o plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”. § 1º As faixas de preço previstas no inciso IV deste artigo serão definidas em Instrução Normativa a ser expedida pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO e serão baseadas na Nota Técnica de Registro de Produto - NTRP e/ou em outros instrumentos a serem definidos pela referida Diretoria.

§ 2º A portabilidade de carências deve ser requerida pelo beneficiário no período compreendido entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do mês subsequente. Art. 4º Não poderá haver cobrança de custos adicionais em virtude do exercício do direito previsto nesta Resolução, seja pela operadora de plano de origem ou pela operadora de plano de destino. Art. 5º Não poderá haver discriminação de preços de planos em virtude da utilização da regra de portabilidade de carências. Art. 6º Em planos de contratação familiar, a portabilidade de carências poderá ser exercida individualmente por cada beneficiário ou por todo o grupo familiar.

§ 1º Para a portabilidade de carências de todo o grupo familiar, é necessário o cumprimento dos requisitos desta Resolução por todos os beneficiários cobertos pelo contrato. § 2º Na hipótese de contratação familiar em que o direito à portabilidade de carências não seja exercido por todos os membros do grupo, o contrato será mantido, extinguindo-se o vínculo apenas daqueles que exerceram o referido direito.

Art. 7º 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 - liquidação extrajudicial.

CAPÍTULO III

DOS ASPECTOS OPERACIONAIS

Art. 8º O beneficiário que pretender exercer a portabilidade de carências deverá entregar os seguintes documentos à operadora do plano de destino, ocasião em que esta deverá disponibilizar a proposta de adesão para assinatura, fornecendo segunda via, datada e assinada. I - cópia dos comprovantes de pagamento dos três últimos boletos vencidos; e II - comprovante de atendimento ao requisito previsto no inciso II do art. 3º.

Art. 9º A operadora do plano de destino deverá concluir a análise da proposta e enviar resposta conclusiva e, devidamente justificada, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, informando se o beneficiário atende aos requisitos previstos nesta Resolução. Parágrafo único. O não envio de resposta ao beneficiário no prazo estabelecido no caput implica aceitação da portabilidade de carências.

Art. 10. Caso o beneficiário não atenda aos requisitos previstos nesta Resolução, a operadora do plano de destino poderá recusar a proposta de adesão pela regra de portabilidade de carências. Parágrafo único. Na hipótese de recusa, o beneficiário fará jus à devolução de valores eventualmente adiantados. Art. 11. O termo final do contrato do plano de origem deverá coincidir com o termo inicial do contrato do plano de destino. § 1º O contrato do plano de destino entrará em vigor dez dias após a aceitação prevista no caput e no parágrafo único do art. 9º. § 2º A operadora do plano de destino deverá comunicar a operadora do plano de origem e ao beneficiário a data de início da vigência do contrato do plano de destino, antes da sua ocorrência.

CAPÍTULO IV

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 12. A possibilidade de exigência de períodos de carência e de cobertura parcial temporária segue o disposto em normativo específico, ressalvado o disposto nesta Resolução. Art. 13. Esta Resolução não exclui o disposto no art. 14 da Resolução Normativa n.º 162, de 17 de outubro de 2007. Art. 14 A Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos - DIPRO disporá por Instrução Normativa acerca dos tipos compatíveis para fins de portabilidade de carências, classificando os planos de acordo com a abrangência geográfica, a segmentação assistencial, o tipo de contratação e a faixa de preços prevista no inciso IV do art. 3º.

Parágrafo único. A Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos - DIPRO poderá publicar Instruções Normativas para detalhar o conteúdo desta Resolução.

Art. 15. A Resolução Normativa - RN n.º 124, de 30 de março de 2006, passa a vigorar acrescida dos seguintes dispositivos:

“Art. 62-A. Impedir ou restringir a participação de consumidor em plano privado de assistência à saúde, por ocasião da portabilidade de carências”:

Multa de R\$ 50.000,00.

Art. 62-B. Condicionar o exercício do direito à portabilidade de carências à adesão de todo o grupo familiar, em planos de contratação familiar:

Multa de R\$ 40.000,00.

Art. 62-C. Exigir ou tentar impor carências ou cobertura parcial temporária a beneficiário que faz jus à portabilidade de carências:

Multa de R\$ 50.000,00.

Art. 62-D. Cobrar valores superiores às condições normais de venda para os beneficiários que utilizarem a regra de portabilidade de carências:

Multa de R\$ 30.000,00.

Art. 62-E. Cobrar custas adicionais em virtude do exercício do direito à portabilidade de carências:

Sanção - advertência;

Multa de R\$ 30.000,00.

Art. 62-F. Deixar de cumprir as regras estabelecidas pela legislação para portabilidade de carências, não enquadradas nos artigos anteriores:

Sanção - advertência;

Multa de R\$ 30.000,00.”

Art. 16. Esta Resolução entra em vigor noventa dias após a data de sua publicação.

FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS

Diretor-Presidente

ANEXO

1. O presente Anexo classifica os planos privados de assistência à saúde para fins de portabilidade de carências.
2. Para formação dos tipos, os planos privados de assistência de saúde ficam agrupados, com base na abrangência geográfica, da seguinte forma:
 - I - Municipal: engloba os planos de abrangência geográfica municipal e grupo de municípios;
 - II - Estadual: engloba os planos de abrangência geográfica estadual e grupo de estados; e III - Nacional: engloba os planos de abrangência geográfica nacional.
3. Para formação dos tipos, os planos de saúde ficam agrupados, com base na segmentação assistencial, da seguinte forma:
 - I - Sem internação: engloba os planos de segmentação assistencial ambulatorial e ambulatorial + odontológico;
 - II - Internação sem obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial hospitalar sem obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia + odontológico, ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia e ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia + odontológico; e III - Internação com obstetrícia: engloba os planos que possuam segmentação assistencial hospitalar com obstetrícia, hospitalar com obstetrícia + odontológico, ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, ambulatorial + hospitalar com obstetrícia + odontológico, e referência.

4. Os planos privados de assistência à saúde se classificam, para fins de portabilidade de carências, nos seguintes tipos:

- I - sem internação - municipal;
- II - sem internação - estadual;
- III - sem internação - nacional;
- IV - internação sem obstetrícia - municipal;
- V - internação sem obstetrícia - estadual;
- VI - internação sem obstetrícia - nacional;
- VII - internação com obstetrícia - municipal;
- VIII - internação com obstetrícia - estadual; e IX - internação com obstetrícia - nacional.

5. Observada a faixa de preço tratada no inciso IV do art. 3º desta Resolução, para fins de portabilidade de carências, consideram-se compatíveis os tipos tratados a seguir:

I - do tipo sem internação municipal para o tipo sem internação municipal;

II - do tipo sem internação estadual para os tipos sem internação municipal e sem internação estadual;

III - do tipo sem internação nacional para os tipos sem internação municipal, sem internação estadual e sem internação nacional;

IV - do tipo internação sem obstetrícia municipal para os tipos sem internação municipal, sem internação estadual, sem internação nacional, e internação sem obstetrícia municipal;

V - do tipo internação sem obstetrícia estadual para os tipos sem internação municipal, sem internação estadual, sem internação nacional, internação sem obstetrícia municipal, e internação sem obstetrícia estadual;

VI - do tipo internação sem obstetrícia nacional para os tipos sem internação municipal, sem internação estadual, sem internação nacional, internação sem obstetrícia municipal, internação sem obstetrícia estadual e internação sem obstetrícia nacional;

VII - do tipo internação com obstetrícia municipal para os tipos sem internação municipal, sem internação estadual, sem internação nacional, internação sem obstetrícia municipal, internação sem obstetrícia estadual, internação sem obstetrícia nacional e internação com obstetrícia municipal;

VIII - do tipo internação com obstetrícia estadual para os tipos sem internação municipal, sem internação estadual, sem internação nacional, internação sem obstetrícia municipal, internação sem obstetrícia estadual, internação sem obstetrícia nacional, internação com obstetrícia municipal e internação com obstetrícia estadual; e IX - do tipo internação com obstetrícia nacional para os tipos sem internação municipal, sem internação estadual, sem internação nacional, internação sem obstetrícia municipal, internação sem obstetrícia estadual, internação sem obstetrícia nacional, internação com obstetrícia municipal, internação com obstetrícia estadual e internação com obstetrícia nacional.

6. A compatibilidade de tipos entre planos exclusivamente odontológicos, independe da abrangência geográfica.