

Portabilidade

Palestrante:
José Luiz Toro da Silva

DEFINIÇÃO

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.

REQUISITOS

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

- O plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem, conforme disposto no Anexo desta Resolução;
- 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
- O plano de destino não estar com registro em situação “ativo com comercialização suspensa”, ou “cancelado”.

PRAZO PARA O EXERCÍCIO

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.

Poderá ser exercido individualmente por cada beneficiário ou por todo o grupo familiar.

Comprovação do prazo de permanência.

- **Cópia da proposta de adesão;**
- **Contrato assinado;**
- **Comprovantes de pagamento do período; ou**
- **Declaração emitida pela operadora do plano de origem.**

VIGÊNCIA

Aspectos Operacionais

Suspensão em caso de internação na operadora de origem

Efeitos decorrentes do novo vínculo contratual

- pro-rata;**
- Divulgação das diferenças pagar a maior**

FAIXAS DE PREÇOS

Consulta aos Planos Enquadrados em Tipo Compatível.

MODELOS

SOLICITAÇÃO
PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Eu, _____, portador do RG. nº _____ e CPF nº _____, residente e domiciliado(a) à _____, nº _____, Bairro _____, na Cidade de _____, Telefone nº () _____, **solicito**, em meu nome e em nome dos meus dependentes abaixo listados, os benefícios da **Portabilidade de Carências**, nos termos da Resolução Normativa nº 186, publicada em 15 de janeiro de 2009 pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, apresentando, para tanto, os seguintes documentos:

- () Cópia dos comprovantes de pagamento dos últimos 3 (três) boletos vencidos;
- () Comprovante do prazo de permanência no plano de origem, através de:
- () cópia da proposta de adesão;
- () contrato assinado;
- () comprovantes de pagamento dos últimos 24 meses;
- () comprovantes de pagamento dos últimos 36 meses para os casos de cumprimento de CPT;
- () declaração emitida pela operadora do plano de origem;
- () relatório extraído do aplicativo da ANS, contendo informações sobre o plano enquadrado em tipo compatível para a portabilidade de carência, com data de emissão não superior a 24 (vinte e quatro) horas.

Beneficiário/Nome Completo/Data Inclusão

Titular / Dependente e

Possui algum beneficiário internado? () NÃO

() SIM – Nome: _____

Declaro ter ciência de que o não atendimento às exigências estabelecidas na Resolução Normativa nº 186 e na Instrução Normativa nº 19, acarretará a recusa da presente proposta de adesão pela regra da Portabilidade de Carências.

São Paulo, _____ de 2009.

Assinatura do Solicitante

CLÁUSULA PROPOSTA DE ADESÃO **PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS**

Declaro estar ciente que, havendo o aceite da proposta de adesão por esta Operadora, o vínculo contratual com o plano de origem será automaticamente extinto.

ACEITO NÃO ACEITO

SOLICITAÇÃO DE DECLARAÇÃO À OPERADORA DE ORIGEM
PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

À Operadora de Origem

Eu, _____, portador do RG. n° _____ e CPF n° _____, beneficiário do Convênio _____, Matrícula n° _____, solicito, em meu nome e/ou em nome dos meus dependentes, que seja emitida Declaração constando o número de registro da Operadora, número de registro do produto na ANS, nome completo e data de inclusão de todos os dependentes inscritos neste contrato, assim como os casos de cumprimento de CPT, no prazo máximo de 10(dez) dias a contar do recebimento desta.

São Paulo, _____ de 2009.

Assinatura do Solicitante

DECLARAÇÃO DE RECUSA
PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Ao Sr.

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTENCIA À SAÚDE,
devidamente inscrita no CNPJ n° _____,
registrada na Agência Nacional de Saúde sob o n° _____, com
sede à _____, pela presente,
DECLARA A RECUSA à Proposta de Adesão n° _____, por
não atender os requisitos necessários à Portabilidade de
Carências, nos termos do que preceitua a Resolução Normativa n°
186, da ANS.

No mais, estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos
que se fizerem necessários.

São Paulo, _____ de 2009.

OPERADORA

DECLARAÇÃO DE ACEITE
PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

Ao Sr.,

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTENCIA À SAÚDE, devidamente inscrita no CNPJ nº _____, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº _____, com sede à

_____, pela presente, **DECLARA O ACEITE** à Proposta de Adesão nº _____ nos termos da Portabilidade de Carências, por ter sido atendido todos os requisitos exigidos pela Resolução Normativa nº 186, da ANS.

Por fim, em cumprimento ao que determina o artigo 11, parágrafo segundo, da referida resolução, informamos que a data de início da vigência do contrato será: ___/___/___.

Nestes termos, apresentamos protestos de estima e consideração.

São Paulo, _____ de 2009.

OPERADORA

COMUNICADO À OPERADORA DE ORIGEM
PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

À “Operadora de Origem”

Ref. Aceite da Proposta de Adesão - Portabilidade de Carências

OPERADORA DE PLANO DE ASSISTENCIA À SAÚDE, devidamente inscrita no CNPJ nº _____, registrada na Agência Nacional de Saúde sob o nº _____, com sede à _____, pela presente,

DECLARA O ACEITE à Proposta de Adesão nº _____ nos termos da Portabilidade de Carências, do (s) beneficiário (s) abaixo listado(s), por ter(em) atendido os requisitos exigidos pela Resolução Normativa nº 186 e Instrução Normativa nº 19, ambas editadas pela ANS.

Beneficiário(s) – Nome(s) Completo(s)

Ainda, em cumprimento ao que estabelece o artigo 7º, parágrafo terceiro, da Instrução Normativa nº 19, encaminha anexa a cópia da proposta de adesão assinada pelo beneficiário (documento anexo), e informa que data de início da vigência do contrato será o dia ___/___/___.

Caso seja constatada a internação de algum dos beneficiários acima descritos, a Operadora que ora subscreve deverá ser notificada sobre a data de início, no prazo máximo de 05 (cinco) dias a contar do recebimento desta ou do conhecimento do fato.

Por fim, reiteramos os protestos de estima e consideração.

São Paulo, _____ de 2009.

OPERADORA

Obrigado

José Luiz Toro da Silva

Endereço: Rua Santa Luzia, nº.48 – 11º andar
Liberdade – São Paulo – SP

E-mail: toro.alp@terra.com.br

Telefone: (11) 2181.5700