

RELATÓRIO DE COMPATIBILIDADE DE PLANOS PARA PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

I. Comprovação do adimplemento do beneficiário: por meio dos 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;

II. Comprovação do prazo de permanência no plano de origem: por meio da proposta de adesão assinada, ou o contrato assinado, ou declaração da operadora do plano de origem ou da pessoa jurídica contratante, ou os comprovantes de pagamento das mensalidades do prazo de permanência exigido, ou qualquer outro documento hábil, **no caso de portabilidade pelo motivo “Troca de plano por escolha do beneficiário”**.

O beneficiário menor de idade que comprovar a inclusão no plano nos 30 dias após o nascimento ou a adoção, NÃO precisará cumprir o requisito de prazo mínimo de permanência para realizar a portabilidade de carências;

III. Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino ou o número de protocolo da solicitação de portabilidade, ambos emitidos pelo Guia ANS de Planos de Saúde;

IV. Comprovação de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano, **caso o plano de destino seja coletivo**;

V. Cópia da Declaração de Saúde do plano de origem, **caso esteja em cumprimento de cobertura parcial temporária por doença ou lesão preexistente**.

VI. Comprovação do endereço de residência do beneficiário ou do local de contratação do plano de origem, **no caso de portabilidade pelo motivo “Alteração de Rede Hospitalar”**;

VII. Comprovação do descredenciamento do hospital ou do seu serviço de urgência/emergência, que motivou o pedido de portabilidade pela “Alteração de Rede Hospitalar”, **caso não tenha sido identificada autorização de descredenciamento de prestador hospitalar no município de residência do beneficiário ou no município de contratação do plano de origem**.

Caso o plano escolhido possua cobertura(s) não prevista(s) na segmentação assistencial do plano atual (plano de origem), poderá ser exigido o cumprimento de períodos de carência para essa(s) nova(s) cobertura(s);

Os planos coletivos somente podem ser contratados por pessoas jurídicas (empresas e associações) ou por empresário individual. Entretanto, o consumidor (pessoa física) poderá aderir a um contrato de plano coletivo já firmado, desde que possua vínculo com a pessoa jurídica contratante;

A operadora do plano de destino ou a administradora de benefícios responsável pelo plano de destino poderá recusar a portabilidade de carências se o(a) beneficiário(a) não atender aos requisitos previstos no normativo, inclusive em relação ao cancelamento do plano de origem;

Até que o vínculo contratual ao plano de origem seja cancelado, a mensalidade deverá ser paga regularmente. 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;

Prazo do(a) beneficiário(a):

O relatório de pesquisa tem prazo de validade de 5 (cinco) dias. O(a) beneficiário(a) deverá formalizar a solicitação de contratação de plano de saúde junto à operadora ou à administradora de benefícios dentro desse prazo, apresentando os documentos necessários, ocasião em que deverá ser disponibilizada a proposta de adesão para assinatura do(a) beneficiário(a).

O(a) beneficiário(a) deverá solicitar o cancelamento do plano atual à operadora do plano de origem no prazo de até 5 (cinco) dias a partir do início de vigência do plano de destino. Caso fique comprovado que não houve a solicitação do cancelamento do plano de origem por parte do beneficiário nestes termos, este ficará sujeito ao cumprimento dos prazos de carência previstos em Lei no novo plano, por perda do direito à portabilidade.

Prazo da Operadora:

A solicitação de portabilidade está sujeita à análise da operadora no prazo de 10 (dez) dias. Dessa forma, o início de vigência do novo plano deverá ocorrer dentro desse prazo, quando todos os requisitos para a portabilidade de carências forem preenchidos pelo(a) beneficiário(a).

Caso este prazo não seja cumprido, o beneficiário poderá abrir uma ocorrência contra a operadora junto aos canais de atendimento da ANS apresentado o número de protocolo fornecido pela operadora.

Central de Atendimento:

Os canais disponíveis para registro de ocorrências são o Disque ANS 0800 7019656 ou o Fale Conosco no portal da ANS;

As informações referentes a esta consulta podem ser acessadas em Guia ANS de Planos de Saúde > Consulta de Protocolo;

Para mais dúvidas, acesse “Perguntas Frequentes” do Guia ANS de Planos de Saúde.

As informações aqui apresentadas são fornecidas à ANS pelas operadoras de planos de saúde ou pelos beneficiários, no momento da pesquisa.