

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 45ª VARA CÍVEL DA COMARCA DA CAPITAL - RJ

PROCESSO N.º: 0155560-68.2016.8.19.0001

AÇÃO: DANO MORAL

AUTOR: SUERLY BENTO DA SILVA

RÉ: GEAP - FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL

RODRIGO PANTOJA COSTA, Perito nomeado por este Juízo conforme decisão às fls. 315, nos autos do processo em epígrafe, tendo concluído o seu **Laudo Pericial**, vem solicitar a sua juntada aos Autos para os devidos fins legais, requerendo a V.Exa. a expedição do **Mandado de Pagamento** de seus honorários profissionais, no valor de **R\$4.000,00 (quatro mil reais)**, com os devidos acréscimos legais, que se encontram depositados, às fls. 454/455 (**ID nº 081010000063166595**).

LAUDO PERICIAL

Na forma como segue:

1 - DOS FATOS EM LITÍGIO

Trata-se de AÇÃO ORDINÁRIA proposta por **SUERLY BENTO DA SILVA** em face de **GEAP - FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL**, pelos motivos narrados na inicial, a saber:

Em petição inicial de fls. 03/18, alega o autor ser titular de plano de saúde contratado junto a Ré tendo como dependente sua esposa Maria Emilia Pinheiro da Silva e que os pagamentos são efetuados diretamente através de desconto em seu contracheque.

Alega ainda que em Novembro de 2012 quando então contava com 68 (sessenta e oito) anos, o autor observou que os valores das mensalidades, além do reajuste anual determinado pela ANS, tiveram um aumento abusivo em relação aos meses anteriores, passando o autor a pagar no mês de novembro de 2012 o valor de R\$ 652,00 (seiscentos e cinquenta e dois reais), quando no mês anterior havia pago R\$ 212,64 (duzentos e doze reais e sessenta e quatro centavos), representando um aumento de mais de 150% (cento e cinquenta por cento).

Ao final da petição o autor requer:

- a) a citação e intimação da ré, para, no prazo de lei, vir responder a presente, sob pena de revelia;
- b) o deferimento dos benefícios de gratuidade de justiça ao autor, bem como o deferimento do pedido de prioridade na tramitação do feito e a anotação do mesmo na capa dos autos, tendo em vista ser o autor pessoa idosa;
- c) que fique a empresa ré autorizada a somente proceder os reajustes do plano de saúde do autor com base nos índices dispostos pela ANS;

- d) a procedência do pedido de indenização por danos morais sofridos pelo autor no valor de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), acrescidos de juros de 1% ao mês e correção monetária a contar da data do dano;
- e) a procedência do pedido de devolução em dobro dos valores indevidamente cobrados do autor em razão do aumento abusivo praticado, na quantia somada de R\$ 12.056,57 x 2 = R\$ 24.113,14 (vinte e quatro mil cento e treze reais e catorze centavos), acrescidos de juros de 1% ao mês e correção monetária a contar da data da primeira cobrança indevida;
- f) que seja tomada por definitiva a tutela provisória pleiteada no sentido de que seja a ré IMPEDIDA a proceder com o aumento abusivo nas mensalidades do plano do autor, determinando ainda que a mesma encaminhe a residência do autor os boletos de pagamento sem o aumento por faixa etária, REDUZINDO o valor mensal do plano para o valor apurado pela contadora, conforme planilha em anexo, na quantia de R\$ 323,02 (trezentos e vinte e três reais e dois centavos), sendo a cobrança sem o aumento abusivo, ficando ainda a ré IMPEDIDA de efetuar o cancelamento do plano de saúde do autor, sob pena de multa diária de valor não inferior a R\$ 1.000,00 (um mil reais);
- g) a inversão do ônus da prova;
- h) honorários advocatícios, na base de 20% sobre o valor da causa.

Por fim protesta pela produção de todos os meios de prova em direito admitidos, em especial a prova documental superveniente.

Com a petição inicial o autor apresentou os documentos de fls. 22/39.

Em 14/06/2016 decisão deferindo a gratuidade de justiça conforme fls. 43/44.

Em 06/09/2016 a parte Ré apresentou contestação refutando as alegações do autor e informando que o percentual de reajuste dos planos referentes à correção em 37,55% dos valores dos planos da GEAP para 2016 foi motivado e calculado a partir de um detalhado estudo atuarial que levou em conta diversos fatores: o crescimento expressivo das despesas médico-hospitalares em decorrência da inflação médica – estimativas apontam que a Variação do Custo Médico e Hospitalar 2015 será de 18,09%; a ampliação do rol de procedimentos oferecidos; a expansão da rede credenciada; o aumento da frequência de utilização do plano; e o cumprimento das reservas técnicas estabelecidas pela agência reguladora, entre outros.

Informou ainda que o plano objeto da lide é um plano coletivo empresarial onde os reajustes não são definidos pela ANS.

Ao final requereu que sejam julgados totalmente improcedentes os pedidos do autor, protestando por todos os meios de prova em direito admitidos, para a busca da verdade real e o total esclarecimento dos fatos, em especial, as provas documentais, conforme fls. 50/79.

Com a contestação a parte Ré apresentou os documentos de fls. 80/283.

Em 08/09/2016 foi realizada audiência de conciliação sem ser feito acordo entre as partes, conforme fls. 286.

Em replica apresentada às fls. 291/303 o autor ratifica as alegações da inicial requerendo que todos os pedidos sejam julgados procedentes e ainda a impugnação dos documentos acostados aos autos pela parte Ré às fls. 273/279.

Em 15/01/2018 decisão saneadora deferindo a realização de perícia atuarial e fixando como ponto controvertido a existência de reajuste anual acima daquele indicado pela ANS, a partir de novembro de 2012, bem como a existência de valores indevidamente cobrados a maior pelo réu.

Em 23/01/2018 petição do Réu apresentando quesitos, conforme fls. 326/335.

Em 23/01/2018 petição do autor apresentando quesitos, conforme fls. 337/338.

2 – DO OBJETIVO DA PERÍCIA

O presente trabalho tem como escopo verificar se os reajustes aplicados pela demandada em função de mudança de faixa etária e as cobranças efetuadas estão em conformidade com o estipulado na legislação específica.

Os trabalhos de perícia contaram com a assistência da **Dra. Aline da Rocha Gonçalves, Perita Atuarial, Atuária – MIBA 1584.**

Diante da especificidade da matéria, é relevante apresentar algumas considerações técnicas sobre o sistema de saúde suplementar no Brasil e a importância dos estudos atuariais.

O setor de saúde no Brasil é formado por um sistema público, financiado pelo Estado por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), e por um sistema privado, denominado de saúde suplementar, cujos financiadores são as operadoras de planos de assistência médica.

O sistema público é baseado no princípio da universalização de acesso à saúde, garantido a todos os cidadãos pela Constituição Federal, promulgada em 1988. Para atingir esse objetivo, a Constituição elegeu o Estado como principal ator. O artigo 196 determinou que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” e o artigo 197 dispôs que as ações e serviços de saúde são de relevância pública e cabe ao poder público regular, fiscalizar e controlar.

O texto constitucional também considerou, por meio do artigo 199, as instituições privadas como participantes do sistema de saúde brasileiro: “as instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste”, por isso a denominação “saúde suplementar”.

A saúde suplementar pode ser definida como todo atendimento privado de saúde, realizado ou não por meio de um convênio com um plano de saúde. Estão presentes dentro do cenário da Saúde Suplementar no Brasil o governo representado pelo Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – além das operadoras de planos privados, as seguradoras e os prestadores de serviço de assistência a saúde.

Um plano de saúde pode ser do grupo dos planos individuais ou familiares quando é contratado diretamente com a operadora que vende planos. Ou do tipo coletivo, sendo que existem dois tipos de planos coletivos: os empresariais, que prestam assistência aos funcionários da empresa contratante devido ao vínculo empregatício ou estatutário; e os coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais.

Ao aderir a um contrato de plano de saúde coletivo, é como se o consumidor estivesse dizendo que está de acordo com as regras desse contrato e essa empresa/sindicato/associação tem legitimidade para representar seus

interesses, definir o que é melhor e está autorizada a falar em nome do consumidor sobre esse assunto. Assim, o que for negociado entre a empresa contratante do plano e a operadora do plano valerá como regra a ser seguida pelo consumidor.

Em um plano de saúde coletivo as regras são mais flexíveis. No caso dos planos de saúde individuais ou familiares, a ANS limita o percentual de reajuste das mensalidades. Já no caso dos planos de saúde coletivos, a ANS apenas acompanha os reajustes de preços, que são negociados diretamente entre a operadora que comercializa o plano e a empresa, conselho, sindicato ou associação profissional que contratou o plano de saúde.

Conceitualmente o contrato de plano de saúde possui natureza securitária, isso porque suas bases econômicas são as mesmas do contrato de seguro, no sentido de que também permitem prevenir uma perda esperada por meio de uma perda atual.

Tanto o contrato de plano de saúde quanto o contrato de seguro têm o seu objeto formado com base em um cálculo atuarial. Além disso, ambos são constituídos com base em uma solidariedade entre seus usuários, ligados pelo mutualismo decorrente da característica coletiva que tais contratos possuem.

Assim, trata-se de um contrato de bases coletivas, apesar de se tratar de uma relação entre o consumidor e a operadora. O que irá garantir que os custos dos tratamentos médicos serão suportados pela operadora de planos de saúde é justamente o fato de que são vários os consumidores que estão vinculados a ela. Eles pagam um valor que constituirá um fundo comum a todos. A constituição desse fundo é necessária para que as operadoras possam operar no mercado com segurança financeira. É com esse fundo que elas arcam com as coberturas que são firmadas em lei, como se viu, e também contratualmente.

Nos contratos securitários e previdenciários há uma relação comunitária de interesses.

Com isto, pretende-se dizer que uma característica é comum aos negócios jurídicos dos quais aqui se cuida: o consumidor, ao contratar plano de saúde, transfere para a operadora o risco do custo da assistência médica, hospitalar ou odontológica, trocando a possibilidade de uma grande perda pelo pagamento de uma contraprestação pecuniária periódica; a operadora, por sua vez, distribui esse custo entre todos os seus consumidores, já que, a rigor, será suportado pelo fundo formado a partir das contraprestações de todos. Nesse sentido é possível falar numa solidariedade coletiva como substrato dos planos de saúde, pois, diante da impossibilidade de evitar por completo os riscos decorrentes dos males que ameaçam a sua higidez, o consumidor opta por partilhá-los com outros.

O equilíbrio financeiro, ou equilíbrio econômico-financeiro, do contrato de plano de saúde é a relação estabelecida entre a cobertura de serviços ofertada pela administradora do plano de saúde e a retribuição paga pelo contratante, em forma de pagamento das mensalidades recebidas pela administradora.

Essa relação encargo-remuneração deve ser mantida durante toda a existência do contrato, sob pena de gerar desequilíbrio para uma das partes. Para o contratante ocorrerá tal desequilíbrio quando ocorrer o desnecessário reajustamento das contraprestações pagas de forma que seu próprio orçamento fique prejudicado diante do preço cobrado. Para a operadora o desequilíbrio ocorre, em regra, quando ocorrer uma ampliação da cobertura sem o devido reajustamento da contraprestação ou, mesmo, quando o índice de utilização pelo usuário aumentar e não lhe ser permitido reajustar o preço cobrado.

Essas situações estão diretamente ligadas ao cálculo atuarial feito quando do início da comercialização. Ressalte-se, ainda, que esse cálculo envolve método probabilístico, formado pela avaliação do preço das coberturas ofertadas, da idade do usuário e dos custos e efeitos de doenças e acidentes. Não há, então, como se estabelecer um custo a partir da simples avaliação das receitas e despesas.

Para que ocorra um equilíbrio atuarial é exigível que o preço do seguro seja determinado de acordo com a situação de risco de cada contratante.

É primordial que seja feita esta análise atuarial para que a carteira de clientes da operadora não se torne deficitária e, via de consequência, inviável do ponto de vista econômico, ameaçando a existência da própria operadora.

Nos últimos 50 anos, a população brasileira cresceu 2,3% (dois inteiros e três décimos por cento) ao ano. Já para os próximos 50 anos, espera-se que essa taxa apresente um crescimento anual de apenas 0,4% (quatro décimos por cento). Além disso, a expectativa de vida tem sido maior a cada ano resultando em menor ingresso de jovens e aumento da proporção de idosos com relação a população. Dados do IBGE demonstram que no ano de 2000 o número de brasileiros com 60 anos ou mais era de 8,5% (oito inteiros e cinco décimos por cento) e a projeção para 2020 é de 14% (quatorze por cento), e para 2050 é de 30% (trinta por cento). Existem outras fontes que citam que em cem anos a população jovem aumentará em cerca de 2 (duas) vezes enquanto a idosa em 26 (vinte e seis) vezes.

Não pode ser desconsiderado o fato de que há um aumento significativo do custo da saúde nas idades mais elevadas, em especial a partir de 70 anos.

Com o Estatuto do Idoso, a ANS baixou a Resolução Normativa nº 63 em dezembro de 2003, determinando que, com a divisão em faixas etárias, o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A Resolução determina, também, que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

A inclusão dos beneficiários de idade superior a 70 anos no grupo de idades de 59 anos ou mais (quadro da direita), faz com que o valor médio do prêmio se torne mais expressivo com relação ao valor pago pelo grupo de risco da faixa anterior. O que vem a explicar a necessidade de variação de preços reais por mudança faixa etária.

A curto prazo, a não observação de tais fatores pode parecer favorável ao consumidor, no entanto, com o passar dos anos, traria elevado risco ao equilíbrio do contrato e à continuidade da prestação da assistência, encarecendo os novos planos e levando a operadora ao risco de insolvência do mercado, expondo os usuários do serviço ao desamparo.

3 – DOS EXAMES REALIZADOS

Ciente dos fatos em litígio, o Perito examinou toda a documentação carreada aos autos, que instruiu o presente trabalho pericial, a saber:

3.1 – Documentos Apresentados pela parte Autora

3.1.1 – Informações de Pagamento

A parte Autora apresentou fichas financeiras com a comprovação do desconto do período de 07/2010 a 03/2016.

Nos comprovantes é possível observar que existe a cobrança de um valor referente a “Per Capita Patrocinado”. A tabela a seguir apresenta as informações consolidadas indicando a variação percentual identificada:

Mês	Mensalidade	Varição Mensalidade (%)	Per Capita Patrocinado	Total	Varição Total (%)	Fls. Dos Autos
out/10	191,80	-	-	191,80	-	30
nov/10	191,80	-	-	191,80	-	30
dez/10	191,80	-	-	191,80	-	30

Mês	Mensalidade	Variação Mensalidade (%)	Per Capita Patrocinado	Total	Variação Total (%)	Fls. Dos Autos
jan/11	191,80	-	-	191,80	-	29
fev/11	191,80	-	-	191,80	-	29
mar/11	191,80	-	-	191,80	-	29
abr/11	191,80	-	222,00	413,80	115,75	29
mai/11	191,80	-	222,00	413,80	-	29
jun/11	191,80	-	222,00	413,80	-	29
jul/11	212,64	10,87	222,00	434,64	5,04	29
ago/11	212,64	-	222,00	434,64	-	29
set/11	212,64	-	222,00	434,64	-	29
out/11	212,64	-	222,00	434,64	-	29
nov/11	212,64	-	222,00	434,64	-	29
dez/11	212,64	-	222,00	434,64	-	29
jan/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
fev/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
mar/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
abr/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
mai/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
jun/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
jul/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
ago/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
set/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
out/12	212,64	-	222,00	434,64	-	32
nov/12	652,00	206,62	222,00	874,00	101,09	32
dez/12	322,00	- 50,61	222,00	544,00	- 37,76	32
jan/13	255,40	- 20,68	288,60	544,00	-	31
fev/13	255,40	-	288,60	544,00	-	31
mar/13	255,40	-	288,60	544,00	-	31
abr/13	255,40	-	288,60	544,00	-	31
mai/13	255,40	-	288,60	544,00	-	31
jun/13	255,40	-	288,60	544,00	-	31
jul/13	255,40	-	288,60	544,00	-	31
ago/13	255,40	-	288,60	544,00	-	31
set/13	255,40	-	288,60	544,00	-	31
out/13	320,22	25,38	288,60	608,82	11,92	31
nov/13	320,22	-	288,60	608,82	-	31
dez/13	320,22	-	288,60	608,82	-	31

Mês	Mensalidade	Varição Mensalidade (%)	Per Capita Patrocinado	Total	Varição Total (%)	Fls. Dos Autos
jan/14	320,22	-	275,60	595,82	- 2,14	33
fev/14	616,52	92,53	275,60	892,12	49,73	33
mar/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
abr/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
mai/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
jun/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
jul/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
ago/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
set/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
out/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
nov/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
dez/14	616,52	-	275,60	892,12	-	33
jan/15	616,52	-	275,60	892,12	-	34
fev/15	746,94	21,15	275,60	1.022,54	14,62	34
mar/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
abr/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
mai/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
jun/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
jul/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
ago/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
set/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
out/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
nov/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
dez/15	746,94	-	275,60	1.022,54	-	34
jan/16	746,94	-	337,94	1.084,88	6,10	37
fev/16	1.068,56	43,06	337,94	1.406,50	29,65	35
mar/16	1.068,56	-	337,94	1.406,50	-	37

3.2 – Documentos Apresentados pela parte Ré

3.2.1 – Estatuto GEAP Autogestão em Saúde – Fls. 80/113

O Estatuto apresenta a estrutura da entidade Ré, descrevendo a Fundação, sua natureza, estrutura e finalidades.

3.2.2 – Avaliação Atuarial 2016 – Fls. 133/150

O estudo atuarial apresenta resultados dos custos projetados para o exercício de 2016 para os Planos assistenciais administrados pela GEAP.

Apresenta ainda simulações de reajuste para nova tabela de preço, buscando o equilíbrio do plano.

3.2.3 – Resolução GEAP/CONAD Nº 99 de 17/11/2015 – Fls. 151/155

A referida Resolução estabelece o valor de contribuição dos pensionistas e titulares dos planos de saúde GEAP para o custeio de 2016.

3.2.4 – CARTA/GEAP/DIREX/ Nº 358/2015 – Fls. 156/185

Apresenta o Programa de Saneamento da Operadora de Planos de Saúde - Geap Autogestão em Saúde, elaborado de acordo com a Instrução Diretiva nº 12/DF/Geap Autogestão em Saúde, emitida em 16 de dezembro de 2015.

3.2.5 – Relatório da Visita Técnica Atuarial dos Técnicos da ANS à GEAP – Fls. 230/245

A visita técnica avaliou os estudos técnicos da GEAP, que embasaram a modalidade de custeio para o exercício de 2009, não constando irregularidade, no entanto, destacou a gravidade do desequilíbrio econômico-financeiro, e o mecanismo de seleção adversa na carteira da operadora que tende a se agravar pela não previsão da regra de faixa etária combinada com o envelhecimento da massa de beneficiários.

3.2.6 – Relatório 816 NUCLEO-CE/DIFIS/2016 – Fls. 256/258

O Relatório tratou da anulação de auto de infração decorrente de denúncia, conforme transcrição a seguir:

“Não obstante os argumentos trazidos no curso da autuação ora analisada, o Auto de Infração deve ser anulado pelas razões que se seguem.

A beneficiária reclamou do reajuste sofrido em fevereiro de 2016 na razão de 37,55% (fl. 02).

A denunciante participa do plano GeapFamília, de contratação coletiva empresarial.

Da análise dos autos, resta claro que se trata de variação anual de custos, em contrato coletivo empresarial, acordado entre as pessoas jurídicas contratantes, cujo percentual não é definido pela ANS e não possui qualquer relação com o índice máximo de reajuste divulgado por esta Agência Reguladora.

*Em 2015 o valor da mensalidade era de R\$ 646,45 (fl. 70) e passou para R\$ 889,19 a partir de 1º/2/2016 (fls. 100/101), resultando em variação de 37,55%. Essa variação foi determinada pela RESOLUÇÃO/GEAP/CONAD N° 099, de 17/11/2015 (fls. 100/102), em consonância com o disposto no art. 11 do Regulamento do plano GeapFamília (fls. 60/70), **o que demonstra não haver irregularidade na mudança de valor da mensalidade em análise.***

Conclusão:

Por todo o exposto, sugere-se a anulação do auto de infração ora em análise e o arquivamento do presente processo, uma vez inexistente a infração inicialmente imputada à autuada.” (grifo nosso)

3.2.7 – Memorando nº 179/2015/NÚCLEO-RS/SEGER/DICOL/ANS

O memorando apresenta resposta ao Ofício do judiciário onde foi questionado a regularidade da forma de custeio dos planos de saúde oferecidos pela GEAP. Concluindo que não há previsão normativa da necessidade de autorização da ANS para os reajustes de mensalidade dos planos da GEAP por se tratar de plano coletivo por adesão:

Dessa forma, não há previsão normativa da necessidade de autorização de reajustes de mensalidade (por parte da ANS), no caso de variação de custo dos planos coletivos da GEAP. Novas formas de custeio devem, sim, obedecer as formalidades legais da entidade, no caso da GEAP, devem ser aprovadas pelo Conselho Deliberativo – CODEL, e devem pautar os termos dos convênios de adesão firmados com os diversos órgãos federais.

3.2.8 – Nota ANS sobre Reajuste Anual de Planos Coletivos – Fls. 261/264

Sobre este documento é relevante destacar os seguintes pontos:

“Os parâmetros para o reajuste, nos planos coletivos, são estipulados nas cláusulas contratuais, decorrentes da livre negociação entre as partes. O critério de cálculo, bem como o percentual apurado pela operadora, podem ser negociados entre esta e a pessoa jurídica contratante.

A justificativa do percentual de reajuste proposto deve ser fundamentada pela operadora e seus cálculos disponibilizados para conferência pela pessoa jurídica contratante. Assim, a participação da pessoa jurídica é fundamental no ato da negociação do reajuste, uma vez que estas podem apurar as informações sobre receitas e despesas dos beneficiários, viabilizando melhores condições de negociar os preços e reajustes.”

...

“Nos termos da atual regulamentação, nos contratos de planos coletivos de assistência suplementar à saúde, não se exige a autorização da ANS para a aplicação dos reajustes da contraprestação pecuniária. Em contrapartida, em relação aos individuais, impõe-se a necessidade de autorização prévia desta autarquia.” (grifo nosso)

3.2.9 – Ficha Cadastral do Autor – Fls. 273/275

O documento apresentado pela parte Ré permite verificar os dados do contrato do autor.

A adesão foi feita em 11/04/1995 e atualmente o autor possui 1 dependente cadastrado.

3.2.10 – Fichas Financeiras de 2014 a 2016 – Fls. 276/280

A parte Ré apresentou as fichas financeiras do referido período onde é possível identificar os valores cobrados conforme quadro apresentado a seguir:

Mês	Mensalidade	Varição Mensalidade (%)	Per Capita Patrocinado	Diferença Percapita	Diferença Contribuição	Total	Varição Total (%)	Participação	Fls. Dos Autos
jan/14	320,22	-	275,60	13,00		608,82	-		276
fev/14	616,52	92,53	275,60			892,12	46,53	42,00	276
mar/14	616,52	-	275,60			892,12	-	83,63	276
abr/14	616,52	-	275,60			892,12	-		276
mai/14	616,52	-	275,60			892,12	-	21,00	276
jun/14	616,52	-	275,60			892,12	-		276
jul/14	616,52	-	275,60			892,12	-		276
ago/14	616,52	-	275,60			892,12	-	130,68	276
set/14	616,52	-	275,60			892,12	-		276
out/14	616,52	-	275,60			892,12	-		276
nov/14	616,52	-	275,60			892,12	-		276
dez/14	616,52	-	275,60			892,12	-		276
jan/15	616,52	-	275,60			892,12	-		278
fev/15	746,94	21,15	275,60			1.022,54	14,62		278
mar/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-		278
abr/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-		278
mai/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-		278
jun/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-		278
jul/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-		278
ago/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-	52,74	278
set/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-	70,00	278
out/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-	145,29	278
nov/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-	162,66	278
dez/15	746,94	-	275,60			1.022,54	-	127,72	278
jan/16	684,60	- 8,35	337,94			1.022,54	- 0,00	329,20	280
fev/16	1.068,56	56,09	337,94			1.406,50	37,55	329,20	280
mar/16	1.068,56	-	337,94			1.406,50	-	329,20	280
abr/16	826,76	- 22,63	337,94		62,34	1.227,04	- 12,76	329,20	280
mai/16	889,10	7,54	337,94			1.227,04	-	329,20	280
jun/16	889,10	-	337,94			1.227,04	-	290,82	280
jul/16	889,10	-	337,94		179,46	1.406,50	14,63	48,00	280

4 – RESPOSTA AOS QUESITOS

O Autor formulou quesitos às fls. 320/322, sem indicação de assistente técnico.

A parte Ré apresentou quesitos às fls. 337/338, indicando como assistente técnico o **Sr. Adilson Moraes da Costa**.

Isto posto, passa a perícia a transcrever e a responder os quesitos formulados pela parte ré na forma como adiante seguem.

QUESITOS DO AUTOR – FLS. 320/322

- 1. Queira o ilustre expert esclarecer, com base nas informações constantes dos autos, se houve majoração das mensalidades do plano de saúde.***

Resposta: Pela negativa. Pelo que consta nos autos trata-se de um plano empresarial por adesão onde os reajustes não são definidos pela ANS. Os reajustes aplicados decorreram de mudanças na forma de custeio que foram baseadas em estudo técnicos, em observação aos normativos vigentes.

- 2. Esta majoração das mensalidades da GEAP está em consonância com a legislação que regula a matéria.***

Resposta: Reportar-se a resposta dada ao quesito anterior.

- 3. A majoração é suficiente para acompanhar os índices inflacionários desde o tempo da celebração do contrato até os dias atuais, esclarecendo se os reajustes pretendidos e perpetrados pela ré se coadunam, de certa forma, com tais índices.***

Resposta: Não há relação entre os reajustes praticados e os índices de inflação simplesmente, considerando que, conforme já destacado na resposta ao quesito um deste rol, os reajustes foram calculados com base em estudos técnicos, observando os normativos vigentes.

4. *Quais os elementos que se pressupõe ou as condições que provocaram o desequilíbrio econômico-financeiro?*

Resposta: O desequilíbrio ocorre quando as receitas são insuficientes para fazer frente as despesas.

5. *Restou demonstrado o desequilíbrio financeiro apto a tornar a obrigação excessivamente onerosa?*

Resposta: Pela afirmativa.

6. *Querendo, preste o senhor perito, outros esclarecimentos.*

Resposta: Nada a acrescentar.

QUESITOS DO RÉU – FLS. 326/335

1. *Tome ciência o Perito sobre o que determina o §2º do Art. 6 do Estatuto da GEAP, transcrito a seguir, e informe se a avaliação atuarial é o instrumento técnico adequado para plano de custeio de planos de saúde.*

(...) o custeio dos Planos Previdenciários e Assistenciais será fixado com base em estudos atuariais, visando a assegurar o equilíbrio econômico-financeiro, a solvência e a liquidez das operações e da própria Fundação.

RESPOSTA: De acordo com o Estatuto da GEAP – Fundação de Seguridade Social, juntado às fls. 89/107 dos autos, existe a previsão de estudos técnicos atuariais para fixação do custeio dos Planos Previdenciários e Assistenciais, conforme transcrição a seguir:

“ § 2º O custeio dos planos de saúde será formado por contribuições dos Beneficiários e dos Patrocinadores e será fixado com base em estudos atuariais, visando a assegurar o equilíbrio econômico-financeiro, a solvência e a liquidez das operações e da própria Fundação. ” (grifo nosso)

O dispositivo normativo foi mantido nas alterações do Estatuto, versão vigente, disponível no sítio da Ré: <https://www.geap.com.br/wp-content/uploads/Estatuto.pdf>

2. Tome ciência o Perito sobre a conclusão do “Relatório da Visita Técnica da ANS” elaborado pelo Grupo Técnico da ANS decorrente de Visita Técnica Atuarial à Fundação, em 02 e 03.06.2009, transcrito, em parte, e responda se na situação vivida pela Ré a solução encontrada não geraria qualquer resultado à Ré.

Contudo, o cenário atual das carteiras aponta para dificuldades de estabelecer um equilíbrio atuarial dos planos de saúde da GEAP no longo prazo. O preço único per capita

para 85% dos beneficiários induz a um cenário de seleção adversa, onde aqueles que oferecem maior risco serão incentivados a contratar seguro cuja precificação maximizou sua relação custo/beneficiário.

O texto transcrito descreve o que vem a ser seleção adversa que, em suma, representa um processo gradativo de encarecimento do Plano para todos os assistidos em função do aumento da concentração de assistidos com maior custo, neste caso, assistidos com maior idade.

Ademais, (i) a precificação por preço único; (ii) a alta concentração de idosos; (iii) a falta de oxigenação de uma carteira, tudo isso junto, pode levar a um “círculo vicioso”, chamado Adverse Selection Death Spiral (Espiral da Seleção Adversa), levando a um desequilíbrio atuarial, conforme se observa no modelo abaixo:

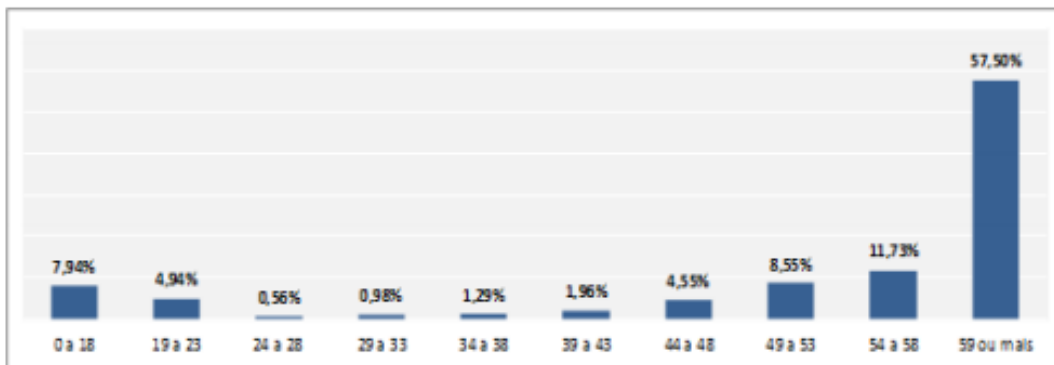
Modelo de Preço Único Indutor da Espiral de Seleção Adversa

(esquema gráfico e pequenos ajustes no texto foram feitos pela GEAP)

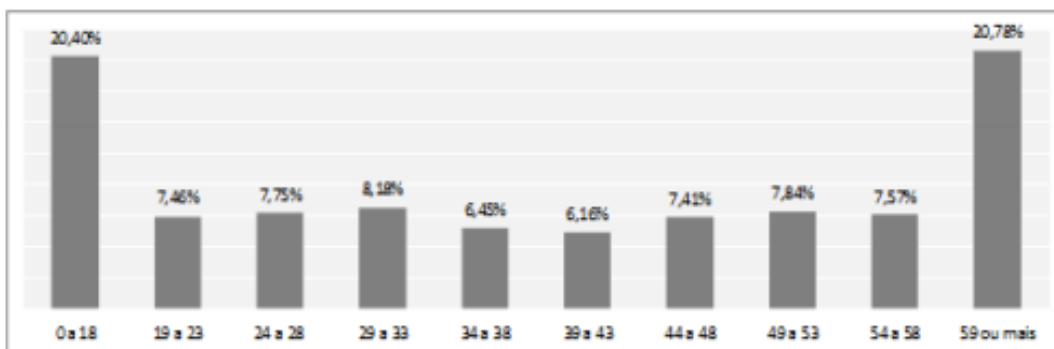


RESPOSTA: De acordo com os estudos técnicos apresentados, que foram analisados também pelo corpo técnico da ANS – Agência Nacional de Saúde, conforme relatório juntado aos autos às fls. 362/372, a situação vivida pela Ré indicava um agravamento futuro de sua situação econômico-financeiro com alto risco de insolvência. De acordo com as recomendações feitas pela ANS, modificação do custeio foi implementada visando uma melhora da situação econômico-financeira para reestabelecimento do equilíbrio do plano.

- 3. Compare o perito os gráficos abaixo, em que são apresentadas distribuição por faixa etária do Plano GEAPSaúde, que cobre aproximadamente 80% do número de vidas atendidas pela GEAP, a distribuição por faixa etária das demais Autogestões e a evolução da proporção de idosos ao longo dos últimos 5 anos e comente se de fato foi necessária a mudança do modelo de custeio a fim de evitar a insolvência dos planos de saúde da GEAP.**



Distribuição % de Beneficiários nas Autogestões

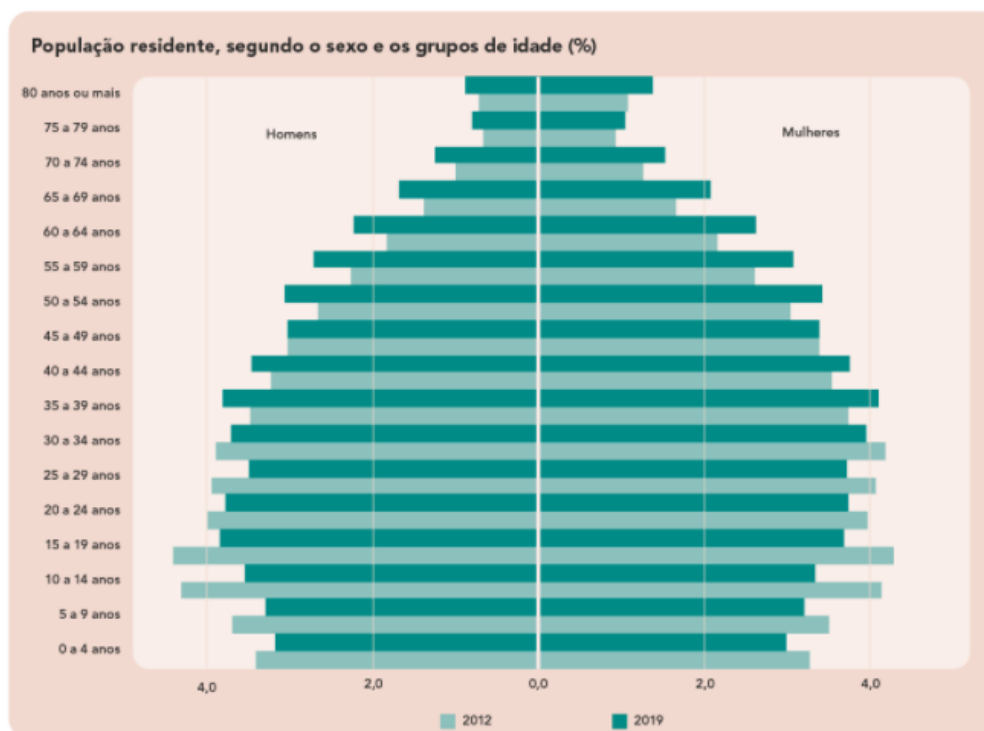


Fonte: ANS - Tabnet

RESPOSTA: Os gráficos apresentados demonstram que a distribuição da população assistida pela GEAPSaúde tem uma concentração de 57,50% na faixa etária de 59 anos ou mais, enquanto que a população desta mesma faixa etária assistida pelas demais autogestões de saúde representa 20,78% dos beneficiários.

Ou seja, em percentual, a GEAPSaúde atende um número quase 3 (três) vezes maior de idosos que as demais operadoras.

O aumento da expectativa de vida reflete em todos os setores da economia. E as projeções do IBGE mostram que o brasileiro está vivendo cada vez mais.



FONTE: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>

De acordo com informações e estudos do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o envelhecimento da população brasileira aumentou em 2019, se comparado a 2012. Esta mudança pode ser observada pela menor porcentagem encontrada em 2019 nos grupos etários mais jovens (base da pirâmide), ao mesmo tempo em que houve aumento nas porcentagens dos grupos de idade que ficam no topo da pirâmide.

A distribuição da população residente do País por grupos etários mostrou a tendência de queda da proporção de **pessoas abaixo de 30 anos de idade**: em 2012 essa estimativa era de **47,7%**, passando para **42,3%** em 2019. Os grupos que compreendiam pessoas de **0 a 17 anos** totalizavam **24,2%**; os grupos de **18 a 24 anos** e de **25 a 29 anos** de idade correspondiam, respectivamente, a **10,8%** e **7,3%** da população residente.

A população **acima de 30 anos** de idade registrou um **crescimento em 2019**, atingindo 57,7%- estimativa maior que a de 2012 (52,4%). Os grupos de 30 a 39 anos, correspondiam a 15,8% da população residente. Já os grupos de 40 a 49 anos, 13,8%, 50 a 59 anos, 12,4% e 60 a 64 anos, 4,9%. A parcela de pessoas com 65 anos ou mais de idade representava 10,8% da população.

4. Responda o perito se a adoção de custeio que define preços diferenciados por faixa etária vem ao encontro do que indicaram os técnicos da ANS no relatório da Visita Técnica da ANS, buscando romper o ciclo vicioso que fatalmente levaria o Plano a insolvência e, se em decorrência desta mudança há redução da contribuição para os mais jovens e elevação da contribuição para os assistidos de idade mais avançada.

RESPOSTA: O relatório da visitação técnica da ANS destaca em suas conclusões que:

“Finalmente, a não previsão da regra de faixa etária nos regulamentos nos planos combinada com o envelhecimento da massa de beneficiários tende a agravar o mecanismo da seleção adversa na carteira da operadora, notadamente na carteira da GEAP Saúde.” (grifo nosso)

Conforme citado no quesito 2, a seleção adversa coloca em risco a solvência da operadora:

“Contudo, o cenário atual das carteiras aponta para dificuldades de estabelecer um equilíbrio atuarial dos planos de saúde da GEAP no longo prazo.”

O preço único per capita para 85% dos beneficiários induz a um cenário de seleção adversa, onde aqueles que oferecem maior risco serão incentivados a contratar seguro cuja precificação maximizou sua relação custo/beneficiário.” (grifo nosso)

Desta forma a adoção do modelo de precificação por faixa etária atende as recomendações da ANS feitas no relatório de visita técnica juntado às fls. 362/372 e tem preços menores para os mais jovens e mais elevados para os participantes de idade avançada.

- 5. Tome ciência o Perito das Notas Técnicas número 27 e 28 elaboradas pela Diretoria Executiva da GEAP, bem como de seus anexos, e emita opinião sobre a indispensável adequação do custeio dos planos de saúde e sobre o fato de que os maiores reajustes de contribuição ocorreram para os assistidos com idade mais avançada, levando-se em conta a decorrente redução de contribuição para os mais jovens.***

RESPOSTA: Quesito parcialmente prejudicado por não ter localizado nos autos as referidas notas técnicas.

No entanto, os demais documentos analisados, como o relatório de visita técnica da ANS, e o Plano de Saneamento, demonstram que antes da modificação do custeio havia um iminente risco de insolvência da operadora. A alteração foi fundamentada em estudos técnicos com a apresentação de cenários variados que demonstraram ser necessário a alteração da modalidade de custeio buscando o equilíbrio do plano.

Quanto ao fato de que os maiores reajustes de contribuição ocorreram para os assistidos com idade mais avançada, levando-se em conta a decorrente redução de contribuição para os mais jovens, sem observar qualquer questão de mérito, considerando apenas o aspecto atuarial, entendemos que a utilização é maior nas faixas etárias mais avançadas.

O envelhecimento é um processo natural que faz com que, a partir de certa idade (ao redor dos trinta anos), a saúde comece lentamente a se deteriorar, processo que se agrava significativamente a partir dos sessenta anos de idade. Há certamente variações entre indivíduos, que podem ser explicadas por fatores diversos, como hábitos de vida, predisposição genética, etc., mas o efeito do envelhecimento sobre as condições gerais de saúde é universal.

Quanto mais idosa a pessoa, maiores tendem a ser os riscos relacionados à sua saúde. Isso implica que os custos de assistência à saúde aumentam conforme aumenta a idade dos beneficiários.

Além da crescente fragilidade do organismo, há outros fatores que colaboram ainda mais para o aumento dos gastos de saúde por parte de pessoas idosas, como a maior complexidade dos serviços demandados por esse grupo e a maior busca por serviços de saúde. Essas pessoas tendem a ter mais doenças crônico-degenerativas, tendem a consumir mais serviços de saúde e o custo médio de internação de pessoas idosas é maior do que aquele observado em faixas etárias mais jovens.

Quanto mais idoso o consumidor, maiores os gastos que ele acarreta ao grupo segurado, portanto maior deverá ser o prêmio que ele paga. Todos os indivíduos situados na mesma faixa etária, que a princípio representam o mesmo risco ao plano, pagam a mesma mensalidade. A organização de grupos homogêneos, de acordo com as idades dos beneficiários, é benéfica para o conjunto dos consumidores, pois cada um pagará prêmios adequados a seu perfil.

Conforme já destacado anteriormente com a apresentação das informações do IBGE sobre o envelhecimento da população, o Brasil tem verificado um significativo envelhecimento populacional nas últimas décadas, que tende a continuar e se agravar nas próximas. A expectativa de vida ao nascer e a expectativa de sobrevivência em todas as idades têm aumentado continuamente. Paralelamente, a taxa de fecundidade tem caído, fazendo com que diminua a proporção dos jovens na população e aumente a de idosos.

6. Responda o ilustre perito se, caso a GEAP continuasse com a mesma política financeira o plano de saúde correria o risco de insolvência. Em caso positivo, pelos cálculos realizados, em quanto tempo o plano estaria fadado à insolvência.

Resposta: Pela afirmativa. De acordo com os estudos apresentados, em especial relatórios de avaliação atuarial e auditoria independente, a fundação já apresentava déficits acumulados e caso não fosse adotado o custeio, a curto prazo a solvência da carteira estaria comprometida.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises dos documentos constantes dos autos à luz da legislação específica aplicada foram suficientes para que o perito pudesse concluir o que segue:

O contrato objeto da lide não consta nos autos, no entanto, em várias peças é possível identificar que o contrato foi celebrado na modalidade coletivo por adesão onde os reajustes anuais não são definidos pela ANS.

De acordo com a análise dos autos o reajuste contestado pelo autor de fato ocorreu pela mudança da forma de custeio do plano. Que foi objeto de diversas análises e considerado adequado, considerando pareceres da ANS e dos Tribunais de Conta juntados aos autos.

Os documentos juntados aos autos, demonstram que antes da modificação do custeio havia um iminente risco de insolvência da operadora. A alteração foi fundamentada em estudos técnicos com a apresentação de cenários variados que demonstraram ser necessário a alteração da modalidade de custeio buscando o equilíbrio do plano.

A mudança de modalidade de custeio, de acordo com os documentos juntados aos autos foi feita buscando o equilíbrio do plano que se encontrava em um risco iminente de insolvência conforme documentos juntados aos Autos e a clara constatação do envelhecimento da população assistida, predominantemente idosa.

Pelo exposto, de acordo com o que consta nos autos, não ocorreu majoração de valores nos reajustes aplicados que foram feitos com base em estudos técnicos atuariais, não estão os mesmo em desacordo com a legislação vigente.

6 – ENCERRAMENTO

E nada mais havendo a acrescentar, encerro o presente Laudo em 30 (trinta) folhas digitadas de um só lado, ficando o Perito à disposição deste Juízo prestar outros esclarecimentos, se necessário.

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2020.

RODRIGO PANTOJA COSTA

PERITO JUDICIAL

CRA/RJ Nº 20-35978-1

CRC/RJ Nº 095760/O-4

CPF: 974.118.507-30

ALINE DA ROCHA GONÇALVES

PERITA ATUARIAL E FINANCEIRA

MIBA 1584

CRC/RJ Nº 073285-0