

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DO RIO DE JANEIRO.

LAUDO PERICIAL

PROCESSO Nº: 0013877-30.2018.8.19.0209

Autor: NIVIO DE SOUZA MATTOS

Réu: UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA

CARLOS ALBERTO FREIRE DE ANDRADE, contador, devidamente registrado no órgão de classe competente, sob nº CRC 074220/O-0, perito judicial nomeado à fl.205, dos autos do processo em referência, tendo procedido aos estudos e análises que se fizeram necessárias, vem respeitosamente apresentar à consideração de Vossa Excelência:

- **Juntada do Laudo Pericial, em anexo, ao processo;**

- **Requerer que seja autorizado o pagamento do valor da ajuda de custo referente ao valor da tabela de honorários da Assistência Judiciária Gratuita.**

1. DA METODOLOGIA

1. A perícia foi deferida pelo Juiz em fl.205, dos autos.
2. Para elaboração do presente Laudo Pericial, foi realizada uma leitura minuciosa dos autos, visando uma adequada avaliação da controvérsia e planejamento do trabalho, onde, diante das informações obtidas, adquirimos os entendimentos necessários, que servirão de base para elaboração das respostas aos quesitos formulados.
3. O exame pericial foi realizado com base na documentação contida nos autos e nos Postulados das Ciências Contábeis.
4. Esclarece este perito, que as observações, cálculos e métodos executados neste Laudo, foram realizados estritamente baseados nos dados e informações apresentadas nos autos e com o objetivo de solucionar as questões da lide, fora confeccionada a Planilha anexada ao final do Laudo Pericial e as conclusões acerca da análise se seguem.

1.1. ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

Para o trabalho técnico utilizou-se dos seguintes documentos constantes nos autos:

1. Carteira da Unimed fls. 34 e 35;
2. Boletos e Recibo Unimed fls. 36 a 39;
3. Sentenças de processos anteriores fls.40 a 48;
4. Contrato Corporativo nº UNO05/0814 fls. 215 a 260;
5. Histórico de pagamento fls. 261 a 263;
6. Guia Reajuste ANS fls. 264 a 278;
7. Parecer ANS fls. 279 a 360.

2. DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Trata-se o presente processo de **AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER C/C INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAIS E MORAIS COM PEDIDO DE TUTELA ANTECIPADA** proposta por **NIVIO DE SOUZA MATTOS** em face de **UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA.**

2.1 OBJETIVOS

Aferir as condições do contrato celebrado entre as partes, verificando se os termos estão compatíveis com o instrumento assinado.

2.2 RESUMO

A presente ação, proposta pelo Autor, visa, principalmente, a revisão dos índices de reajuste aplicados ao contato de prestação de serviço de saúde celebrado entre o Autor e o Réu.

Conforme documentos acostados aos autos, o auto até o mês de abril de 2017, o plano de saúde contratado para ele e seus dependentes custava o montante de R\$ 678,18 (seiscentos e setenta e oito reais e dezoito centavos) e em maio do mesmo ano, houve um reajuste retroativo de R\$ 449,82 (quatrocentos e quarenta e nove reais e oitenta e dois centavos).

A perícia não localizou documentos suportes com a devida autorização pela ANS.

Em agosto houve um novo reajuste, o valor da participação individual era de R\$ 215,87 em abril de 2017 e passou para R\$ 365,8 em agosto de 2017, **o que representa um aumento de 69,46%**, a variação dos valores mensais pagos se referem aos pagamentos conforme utilização no período, Co-Participação.

QUESITOS DO AUTOR

b) O prosseguimento do feito com a produção da prova pericial atuarial, bem como, a realização da devida comparação dos índices aplicados pelas demais operadoras de saúde complementar.

A Tabela 1.1 apresenta os valores comerciais médios para os planos de contratação individual e coletiva, e a diferença percentual entre eles, em cada unidade federativa, por faixa etária e tipo de segmentação assistencial.

Tabela 1.1 - Valor Comercial Médio, por Unidade da Federação, Faixa Etária e Segmentação Assistencial em dezembro de 2017 .

Região	UF	Faixa Etária	Valor Comercial Médio			Valor Comercial Médio			Diferença percentual entre		
			Ambulatorial	Hospitalar	Ambulatorial + Hospitalar	Ambulatorial	Hospitalar	Ambulatorial + Hospitalar	Ambulatorial	Hospitalar	Ambulatorial + Hospitalar
Sudeste	ES	0 a 18 anos	112,18	122,74	316,01	89,68	153,97	232,68	25,1%	-20,3%	35,8%
		19 a 23 anos	129,05	145,35	376,05	92,79	188,79	278,39	39,1%	-23,0%	35,1%
		24 a 28 anos	148,38	169,37	446,60	93,46	227,64	326,15	58,8%	-25,6%	36,9%
		29 a 33 anos	170,65	194,21	507,45	97,30	263,92	368,08	75,4%	-26,4%	37,9%
		34 a 38 anos	196,25	212,62	564,05	105,52	288,05	405,67	86,0%	-26,2%	39,0%
		39 a 43 anos	235,53	247,66	640,13	105,82	351,23	462,87	122,6%	-25,2%	38,3%
		44 a 48 anos	282,52	304,30	796,15	186,29	382,99	577,11	51,7%	-20,5%	38,0%
		49 a 53 anos	381,47	383,11	1.023,30	202,11	470,94	690,92	88,7%	-18,6%	48,1%
		54 a 58 anos	496,02	502,61	1.292,58	230,07	596,12	867,40	115,6%	-15,7%	49,0%
		59 anos ou mais	669,31	733,71	1.835,12	402,38	923,17	1.346,96	66,3%	-20,5%	36,2%
	MG	0 a 18 anos	77,32	108,14	227,22	62,39	106,48	184,61	23,9%	1,6%	23,1%
		19 a 23 anos	94,44	147,23	284,36	73,23	131,08	225,83	29,0%	12,3%	25,9%
		24 a 28 anos	101,79	167,88	329,33	83,42	156,75	264,54	22,0%	7,1%	24,5%
		29 a 33 anos	116,70	183,84	366,38	93,16	174,86	299,89	25,3%	5,1%	22,2%
		34 a 38 anos	130,29	200,54	408,73	102,79	192,32	329,69	26,8%	4,3%	24,0%
		39 a 43 anos	153,74	228,65	468,28	118,82	222,70	372,91	29,4%	2,7%	25,6%
		44 a 48 anos	177,22	261,47	564,82	148,31	265,09	456,41	19,5%	-1,4%	23,8%
		49 a 53 anos	223,19	306,10	687,05	182,47	338,32	560,94	22,3%	-9,5%	22,5%
		54 a 58 anos	289,55	368,59	871,41	229,70	446,87	700,71	26,1%	-17,5%	24,4%
		59 anos ou mais	411,20	610,09	1.242,84	326,28	629,96	1.075,18	26,0%	-3,2%	15,6%
	RJ	0 a 18 anos	73,03	172,49	286,03	59,43	151,16	213,62	22,9%	14,1%	33,9%
		19 a 23 anos	102,02	192,16	348,57	76,61	200,83	261,98	33,2%	-4,3%	33,0%
		24 a 28 anos	110,14	218,90	406,98	81,97	217,56	307,44	34,4%	0,6%	32,4%
		29 a 33 anos	120,16	274,72	449,46	86,85	267,41	342,65	38,3%	2,7%	31,2%
		34 a 38 anos	132,00	265,03	484,58	94,59	290,65	368,86	39,6%	-8,8%	31,4%
		39 a 43 anos	149,62	298,67	556,25	107,92	310,69	420,08	38,6%	-3,9%	32,4%
		44 a 48 anos	171,48	421,98	700,44	132,86	365,33	524,96	29,1%	15,5%	33,4%
		49 a 53 anos	189,77	492,39	910,79	151,10	463,83	641,62	25,6%	6,2%	42,0%
		54 a 58 anos	232,29	629,83	1.195,47	192,89	575,64	806,66	20,4%	9,4%	48,2%
		59 anos ou mais	405,22	1.031,55	1.685,95	292,07	906,43	1.245,91	38,7%	13,8%	35,3%

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 16/01/2018, 10:15h)
Nota: Média simples excluindo extremos.

A Tabela 1.2 contém as estatísticas do valor comercial de produtos por tipo de contratação, faixa etária e segmentação assistencial. Observa-se que, para todas as faixas etárias: • No caso dos planos de segmentação assistencial “Ambulatorial” e “Ambulatorial + Hospitalar”, a contratação “Individual ou familiar” tem valor comercial médio superior ao dos planos coletivos, sejam estes “Coletivo Empresarial” ou “Coletivo por Adesão”; • Para a segmentação assistencial “Hospitalar” ocorre o inverso: a contratação coletiva (“Coletivo Empresarial” e “Coletivo por Adesão”) têm valores comerciais médios superiores aos dos planos de contratação “Individual ou familiar”, sendo que a contratação (“Coletivo Empresarial” apresenta os valores maiores).

Tabela 1.2 - Estatísticas dos Valores Comerciais por Tipo de Contratação, Faixa Etária e Segmentação Assistencial em dezembro de 2017.

Contratação	Faixa Etária	Ambulatorial	Hospitalar	Ambulatorial + hospitalar
Coletivo empresarial	0 a 18 anos	68,19	192,77	172,51
	19 a 23 anos	78,45	239,32	208,00
	24 a 28 anos	87,13	292,64	244,64
	29 a 33 anos	94,52	327,63	275,94
	34 a 38 anos	106,19	351,25	303,29
	39 a 43 anos	121,55	406,02	347,75
	44 a 48 anos	150,17	486,46	429,67
	49 a 53 anos	180,89	570,84	520,78
	54 a 58 anos	233,93	684,85	661,85
59 anos ou mais	319,72	1.151,51	988,58	
Coletivo por adesão	0 a 18 anos	76,48	153,05	188,05
	19 a 23 anos	88,14	203,98	225,88
	24 a 28 anos	97,58	222,23	261,89
	29 a 33 anos	107,74	266,03	300,64
	34 a 38 anos	124,18	291,62	335,40
	39 a 43 anos	143,19	325,99	381,50
	44 a 48 anos	169,93	377,85	468,63
	49 a 53 anos	203,76	473,20	577,90
	54 a 58 anos	255,73	595,46	732,06
59 anos ou mais	365,10	908,18	1.066,62	
Individual ou familiar	0 a 18 anos	82,06	119,09	225,35
	19 a 23 anos	101,63	143,27	271,74
	24 a 28 anos	116,06	167,29	314,28
	29 a 33 anos	129,11	186,76	354,46
	34 a 38 anos	142,22	199,97	394,30
	39 a 43 anos	161,82	235,90	453,45
	44 a 48 anos	191,37	289,28	561,95
	49 a 53 anos	235,03	366,19	716,04
	54 a 58 anos	308,08	470,03	920,55
59 anos ou mais	426,64	652,63	1.275,48	

A Tabela 1.3 apresenta as estatísticas dos reajustes por mudança de faixa etária, separados por tipo de segmentação assistencial. Observa-se que, na última faixa etária, a variação média do reajuste é de 44% para planos “Hospitalares” e 44,4% para planos “Ambulatoriais + Hospitalares”. Para planos Ambulatoriais”, na mesma faixa etária, a variação média é de 39,2%.

Tabela 1.3 - Estatísticas dos Reajustes por Mudança de Faixa Etária por Tipo de Segmentação Assistencial em dezembro de 2017.

Segmentação Assistencial	Faixa Etária	Média	Mediana	Desvio Padrão
Ambulatorial	0 a 18 anos	0,0%	0,0%	0,0%
	19 a 23 anos	19,3%	17,3%	13,7%
	24 a 28 anos	12,0%	10,6%	8,1%
	29 a 33 anos	10,2%	10,9%	5,8%
	34 a 38 anos	11,0%	11,1%	8,6%
	39 a 43 anos	13,9%	13,3%	8,0%
	44 a 48 anos	22,4%	16,7%	19,6%
	49 a 53 anos	20,0%	20,5%	10,9%
	54 a 58 anos	25,9%	27,7%	14,1%
59 anos ou mais	39,2%	35,7%	23,2%	
Hospitalar	0 a 18 anos	0,0%	0,0%	0,0%
	19 a 23 anos	21,4%	19,8%	12,9%
	24 a 28 anos	15,7%	14,8%	8,8%
	29 a 33 anos	11,9%	11,4%	5,8%
	34 a 38 anos	10,2%	10,0%	6,1%
	39 a 43 anos	16,4%	15,3%	13,2%
	44 a 48 anos	25,4%	24,6%	15,7%
	49 a 53 anos	25,1%	27,8%	9,4%
	54 a 58 anos	29,0%	30,0%	14,9%
59 anos ou mais	44,0%	37,7%	20,9%	
Ambulatorial + Hospitalar	0 a 18 anos	0,0%	0,0%	0,0%
	19 a 23 anos	20,1%	19,8%	11,7%
	24 a 28 anos	16,3%	15,0%	8,2%
	29 a 33 anos	13,3%	13,0%	7,7%
	34 a 38 anos	10,8%	10,0%	6,4%
	39 a 43 anos	14,7%	15,0%	7,4%
	44 a 48 anos	25,6%	24,1%	14,7%
	49 a 53 anos	24,3%	25,0%	10,6%
	54 a 58 anos	27,9%	30,0%	12,3%
59 anos ou mais	44,4%	39,8%	19,3%	

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 16/01/2018, 10:15h)
Nota: Média simples excluindo extremos. Inclui todas as modalidades de contratação.

O tipo de segmentação assistencial não influencia o percentual de reajuste por faixa etária.

QUESITOS DO RÉU

1 - A contratação firmada entre as partes deu-se na modalidade de contratação individual, familiar ou coletiva?

Resposta: Conforme documentos apresentados a contratação firmada entre as partes é a modalidade de contratação coletiva.

Natureza da contratação Empresarial.

2 - Em que data o contrato foi assinado?

Resposta: Não consta nos autos contrato assinado.

3 - O contrato foi firmado pelas partes antes ou após a lei que regulamentou os planos de saúde?

Resposta: Não consta nos autos contrato assinado firmado entre as partes.

4 - Poderia o i. perito esclarecer qual o valor médio de um plano de saúde de abrangência nacional comercializado na região do Rio de Janeiro para um idoso, no período da ação em curso?

Resposta: A Tabela 1.4 oferece as estatísticas dos valores comerciais dos produtos de contratação "Individual" e "Coletivo", por faixa etária e tipo de segmentação assistencial. Observa-se que o valor comercial médio aumenta acompanhando o acréscimo de segmentação assistencial oferecida e, dentro de um mesmo tipo de segmentação assistencial, segue uma escala crescente, de acordo com o avançar da faixa etária, tanto no caso dos planos "Individual" quanto nos "Coletivo".

Tabela 1.4 - Quadro estatísticos dos Valores Comerciais por Tipo de Contratação, Faixa Etária e Segmentação Assistencial em dezembro de 2017.

Cobertura	Faixa Etária	Valor Comercial Médio Individual	Valor Comercial Médio Coletivo	Diferença percentual
Ambulatorial	0 a 18 anos	82,06	70,68	16,1%
	19 a 23 anos	101,63	82,36	23,4%
	24 a 28 anos	116,06	90,57	28,1%
	29 a 33 anos	129,11	99,91	29,2%
	34 a 38 anos	142,22	111,52	27,5%
	39 a 43 anos	161,82	128,53	25,9%
	44 a 48 anos	191,37	156,71	22,1%
	49 a 53 anos	235,03	188,00	25,0%
	54 a 58 anos	308,08	243,66	26,4%
59 anos ou mais	426,64	333,10	28,1%	
Hospitalar	0 a 18 anos	119,09	171,28	-30,5%
	19 a 23 anos	143,27	230,32	-37,8%
	24 a 28 anos	167,29	267,30	-37,4%
	29 a 33 anos	186,76	301,39	-38,0%
	34 a 38 anos	199,97	327,18	-38,9%
	39 a 43 anos	235,90	365,10	-35,4%
	44 a 48 anos	289,28	436,87	-33,8%
	49 a 53 anos	366,19	511,64	-28,4%
	54 a 58 anos	470,03	634,87	-26,0%
59 anos ou mais	652,63	1.024,80	-36,3%	
Ambulatorial + Hospitalar	0 a 18 anos	225,35	177,80	26,7%
	19 a 23 anos	271,74	213,92	27,0%
	24 a 28 anos	314,28	250,71	25,4%
	29 a 33 anos	354,46	284,51	24,6%
	34 a 38 anos	394,30	313,28	25,9%
	39 a 43 anos	453,45	358,84	26,4%
	44 a 48 anos	561,95	442,44	27,0%
	49 a 53 anos	716,04	540,65	32,4%
	54 a 58 anos	920,55	685,83	34,2%
59 anos ou mais	1.275,48	1.015,50	25,6%	

Fonte: Base de NTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 16/01/2018, 10:15h)
Nota: Média simples excluindo extremos

Observa-se que os planos com segmentação assistencial Ambulatorial (“Ambulatorial” e “Ambulatorial + Hospitalar”) e contratação “Individual” têm valores comerciais entre 16% e 35% maiores que os de contratação “Coletivo”. Entretanto, para os planos que possuem segmentação assistencial apenas “Hospitalar”, ocorre o inverso em todas as faixas etárias, com valores comerciais superiores a 25% para os planos de contratação “Coletivo”.

Verifica-se que estas variações são inferiores à máxima permitida pela legislação vigente, que é de 6 vezes entre a primeira e a última faixa etária, conforme disposto pela RN nº 63/2003.

5 - Quais os reajustes aplicados ao contrato da autora no período reclamado?

Resposta: O valor da participação individual era de R\$ 215,87 em abril de 2017 e passou para R\$ 365,80 em agosto de 2017, **o que representa um aumento de 69,46%.**

6 - O reajuste aplicado obedeceu à legislação em vigor referente ao tipo de plano?

Resposta: A ANS não define percentual máximo de reajuste para os planos coletivos por entender que as pessoas jurídicas possuem maior poder de negociação junto às operadoras, o que, naturalmente, tende a resultar na obtenção de percentuais vantajosos para a parte contratante. O reajuste dos planos coletivos é calculado com base na livre negociação entre as operadoras e as empresas, fundações, associações etc.

Os contratos coletivos empresariais com mais de 30 consumidores não estão sujeitos a carência, o que reduz decisivamente o ônus da mudança para uma outra operadora, caso as condições oferecidas não sejam satisfatórias.

Para os contratos com menos de 30 beneficiários, que estão sujeitos ao cumprimento de carências, a ANS estabeleceu o agrupamento de contratos coletivos para fins de cálculo e aplicação do reajuste (RN 309/2012). Esta medida tem o objetivo de diluir do risco desses contratos, oferecendo maior equilíbrio no cálculo do reajuste.

É importante ressaltar que, ao longo de doze meses, a ANS coleta e monitora os reajustes dos planos coletivos. Outros aspectos referentes a estes planos, como assistenciais, econômico-financeiros e informacionais, são regulados pela ANS.

Conforme publicação no Diário Oficial da União (DOU) em 19/05/2017 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) **fixou em até 13,55% o índice de reajuste a ser aplicado aos planos de saúde**

médico-hospitalares individuais/familiares no período compreendido entre maio de 2017 e abril de 2018.

7 - Tecnicamente, com base em dados atuariais e de acordo com a apresentação realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, qual a diferença de risco para empresa entre última faixa etária e um associado com menos de 18 anos? Ou seja, quantas vezes maior é o custo da prestação de assistência médica a um idoso, quando comparado com um beneficiário na faixa de 00-18 anos?

Resposta: A regra do Pacto Intergeracional vigente na saúde suplementar para os planos de saúde novos; ou seja, os planos contratados após a regulamentação do setor em 1999; define em seis vezes a relação entre os preços dos planos de saúde da faixa etária mais jovem comparada com a última faixa etária. Desde 2004, com o advento do Estatuto do Idoso, a última faixa etária representa todos os indivíduos maiores de 59 anos. O Pacto Intergeracional estabelecido tem influência direta no preço dos planos de saúde e nos reajustes por mudança de faixa etária.

O Pacto Intergeracional é utilizado na metodologia de precificação definida atualmente. A parcela de gastos dos idosos que ultrapassaria o limite de seis vezes é financiada pelas faixas mais jovens. Assim, ocorre a diluição dos custos dentro de grupo com perfil semelhante (preço por faixa etária) e há limites para o grau de financiamento dos beneficiários mais idosos pelos mais jovens.

As consequências do Pacto Intergeracional com a regra vigente são (ver Figura 1):

- os beneficiários mais jovens, de menor custo, pagam um valor um pouco superior ao seu perfil de utilização em função de assumirem parte do custo dos beneficiários de idade mais avançada.
- os beneficiários de mais idade têm maior estímulo a aderir este tipo de plano (em relação a um modelo sem limites), pois o preço que ultrapassa o limite de 6 vezes será financiado pelas faixas mais jovens.

Figura 1: Exemplo de Precificação por Faixa Etária, a ser adequada pela limitação do Pacto Intergeracional em 6 vezes.



Fonte: Elaboração da GGEFP.

8 - Poderia o D. Perito esclarecer quais são as condições estabelecidas pela legislação em vigor para reajuste aos planos individuais e para os planos coletivos?

Resposta: As operadoras não podem aplicar um percentual mais alto do que o autorizado, mas são livres para adotar índices inferiores ao divulgado pela ANS, ou mesmo manter suas mensalidades sem reajuste. Caso a operadora não obtenha a autorização da ANS, não poderá reajustar tais contratos.

O índice divulgado pela ANS é um percentual máximo de reajuste voltado aos planos individuais/familiares médico-hospitalares, contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98.

A metodologia aplicada pela ANS para obter o índice tem sido a mesma desde 2001. Nela, a média dos percentuais de reajuste dos contratos coletivos com mais de 30 beneficiários passa por um tratamento estatístico e resulta no índice máximo de reajuste dos planos individuais novos a ser aplicado no período seguinte.

A Lei nº 9.656/98, em seu artigo nº 35-E, determina que a ANS autorize reajuste tanto para os planos individuais antigos (assinados antes do início da vigência da lei), como para os planos assinados depois de 1º de janeiro de 1999, os chamados planos novos.

No entanto, desde setembro de 2003, esse dispositivo legal está suspenso por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF). Diante deste cenário, a ANS publicou a Súmula Normativa nº 5, em 2003, definindo que, caso a regra de reajuste prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deverá estar limitado ao reajuste máximo estipulado pela ANS ou ser definido por meio da celebração de Termo de Compromisso com o órgão regulador. Neste último caso, haverá necessidade de autorização prévia da ANS.

Para estimular os beneficiários de planos antigos a terem seus contratos adaptados à Lei dos planos de saúde, que incluem as coberturas previstas no Rol de Procedimentos, a ANS editou em 2011 normas que incentivam a adaptação de contratos ou a migração para planos novos. Com isso, os beneficiários de planos adaptados passam a ter as mesmas regras de reajuste dos planos novos.

9 - É legítimo o reajuste pactuado com a empresa estipulante, no caso do plano coletivo?

Resposta: O reajuste anual do plano ocorre a doze meses do contrato e o reajuste por mudança de faixa etária ocorre cada vez que o beneficiário muda de idade e se enquadra em uma nova faixa etária pré-definida em contrato. Ambos podem incidir coincidentemente no mesmo mês.

Comprovadamente, cada faixa etária possui um perfil médio de utilização dos serviços de saúde. As regras para esse tipo de reajuste levam em consideração a data em que o contrato foi firmado com a operadora. O reajuste por faixa etária aplica-se na idade inicial de cada faixa e pode ocorrer tanto pela mudança de idade do titular como dos dependentes do plano.

10 - Em caso positivo, queira o D. Perito esclarecer se o reajuste do plano do autor foi notificado à ANS?

Resposta: O reajuste anual de planos coletivos é aplicado **conforme as normas contratuais definidas entre a operadora de planos de saúde e a pessoa jurídica contratante** (empresa, sindicato, associação) e deve ser comunicado à ANS em no máximo até 30 dias após o aumento do preço. Não é permitida a aplicação de reajustes diferenciados dentro de um mesmo contrato. Não consta nos autos documentos que comprovem a notificação à ANS.

11 - De acordo com a ANS, podemos afirmar que o maior número de idosos causa aumento das despesas, impactando no índice de sinistralidade?

Resposta: Os reajustes por sinistralidade devem ser aplicados conforme os índices aprovados pela ANS para planos individuais e familiares para o mesmo período. No entanto, nada dispôs sobre o reajuste em virtude da mudança da faixa etária.

Com relação à faixa etária, o CDC, o Estatuto do Idoso e a lei dos planos de saúde, a veda a variação da mensalidade em função da idade, para os consumidores com mais de 60 anos, que tiverem mais de 10 anos de relação contratual, previsão aplicável ao caso.

12 - Queira o senhor perito informar tudo o mais necessário para o deslinde da controvérsia.

Resposta: O índice de reajuste autorizado pela ANS pode ser aplicado somente a partir da data de aniversário de cada contrato.

É permitida a cobrança de valor retroativo em tantos quanto forem os meses de defasagem entre a aplicação e a data de aniversário.

Se o mês de aniversário do contrato é maio, será permitida cobrança retroativa, conforme a RN 171/2008. Nesse caso, a mensalidade de junho (se o aniversário do contrato for em maio) será

acrescida do valor referente à cobrança retroativa de maio. Para os contratos com aniversário entre os meses de junho de 2017 e abril de 2018 não poderá haver cobrança retroativa.

Deverão constar claramente no boleto de pagamento o índice de reajuste autorizado pela ANS, o número do ofício de autorização da ANS, nome, código e número de registro do plano, bem como o mês previsto para aplicação do próximo reajuste anual.

As informações em negrito acima não foram identificadas nos boletos acostados aos autos.

3. CONSIDERAÇÕES

A Perícia esclarece que os dados de pesquisas contida neste laudo está baseada no PAINEL DE PRECIFICAÇÃO: PLANOS DE SAÚDE 2017 – ANS Rio de Janeiro 2018 - ISSN online 2525-569X.

Com base na documentação constante dos autos, bem como a legislação aplicada à Saúde Suplementar no País, entende que as respostas aos quesitos formulados pelas partes são suficientes para esclarecimento das dúvidas decorrente da presente lide.

4. ENCERRAMENTO

Encerrados os trabalhos, conforme os fatos relatados e transcritos, após análise de toda documentação acostada aos autos, a Perícia encerra o presente laudo e coloca-se à disposição de Vossa Excelência e das partes para prestar quaisquer esclarecimentos necessários e apresento expressões de estima e consideração.

CARLOS ALBERTO FREIRE DE ANDRADE
Perito Judicial – Contador



Neste Termos, Pede deferimento.

Rio de Janeiro, 22 de maio de 2020.

CARLOS ALBERTO FREIRE DE ANDRADE

Perito Contador

CPF 822.581.477-00

CRC/RJ 074220/O-0

VIVIANE SARRUF

Perito Assistente

CPF 084.772.957-51

CRC/RJ 103960/O-6