

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

LAUDO PERICIAL

PROCESSO Nº: 0038876-18.2016.8.19.0209

Autor: PAULO HENRIQUE RIBEIRO ROCHA

Réu: AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL

CARLOS ALBERTO FREIRE DE ANDRADE, contador, devidamente registrado no órgão de classe competente, sob nº CRC 074220/O-0, perito judicial nomeado à fl.392, 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 a expedição de mandado de transferência no valor dos honorários periciais fixado conforme comprovante fl.458, para tanto, indico os dados bancários abaixo:

CARLOS ALBERTO FREIRE DE ANDRADE
CPF 822.581.477-00
Banco Itaú (341)
Agência 7038
Conta corrente 02149-4

DA METODOLOGIA

1. A perícia foi deferida pelo Juiz em fl.392, 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.

ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

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

1. PLANILHA DETALHADA - REAJUSTE POR IDADE INDEVIDO fl. 29;
2. Contrato OP314 fls. 30 a 58;
3. Termo de Extensão de benefícios médicos fls. 59 a 62
4. Boletos e comprovantes de pagamento fls. 62 a 105 e 256 a 263;
5. Reajustes de preços de planos de saúde - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar fls. 106 a 114;
6. Ofício ANS fls. 265 a 268;
7. Parecer Reenquadramento Etário 66900 fls.434 a 441;
8. Planilha com percentual de aumento fls.174 a 179;

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Trata-se o presente processo de AÇÃO DE TUTELA DE URGÊNCIA C/C RESTITUIÇÃO DO INDÉBITO proposta por PAULO HENRIQUE RIBEIRO ROCHA em face de AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL

OBJETIVOS

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

RESUMO

O autor mantém o contrato de plano desde 07/02/1998 (contrato nº 0-1774212). A Ré promoveu alteração no contrato de plano de saúde do AUTOR em 13/10/2000, passando a constar o número de contrato 19849543, a fim de que este pacto fosse alcançado pela Lei 9.656/98.

A partir de março de 2015, o contrato de plano de saúde do AUTOR, sofreu um reajuste na prestação equivalente a 69 %, sendo a prestação no valor de R\$905,51 para R\$1.527.

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

QUESITOS DO AUTOR

- 1) Queira o Sr. Perito informar qual era o tipo de plano de saúde do AUTOR, Individual, Familiar, Coletivo Empresarial ou outro a ser especificado, a partir do seu início?

Resposta: A parte Autora foi incluído como beneficiário em 07/02/1998 no contrato de plano de saúde individual (PF), OPÇÃO 22, regido pelo contrato OP314 firmado entre a AMIL.

- 2) Queira o Sr. Perito informar a data em que se deu o início do contrato de plano de saúde individual entre as partes?

Resposta: A parte Autora foi incluído como beneficiário em 07/02/1998 no contrato de plano de saúde individual (PF), OPÇÃO 22, regido pelo contrato OP314 firmado entre a AMIL, sendo necessário considerar as Condições Gerais e Particulares do contrato quanto aos prazos de carência constantes da Clausula 13.

CARÊNCIAS

13.1 - Os beneficiários cumprirão os seguintes prazos de carência, contados do início da vigência do contrato sempre em conformidade com os limites e condições estabelecidos neste contrato:

a) Sete dias:

Para os casos de acidentes pessoais e suas consequências, tal como definido na cláusula 9.3, excetuando-se os casos previstos nas alíneas que se seguem;

b) Um mês:

Para as consultas, exames complementares e procedimentos básicos de diagnóstico e tratamento, excetuando-se os casos previstos nas alíneas que se seguem;

c) Seis meses:

Para as internações de urgências/emergências clínicas e cirúrgicas pediátricas, para enfermidades agudas, não relacionadas a doenças preexistentes à assinatura deste contrato, excetuando-se os casos previstos nas alíneas que se seguem;

d) Nove meses:

Para internações clínicas de urgência/emergência em adultos, decorrentes de enfermidades agudas não relacionadas a doenças preexistentes, nas especialidades de Angiologia, Medicina Interna, Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hepatologia, Hematologia, Nefrologia, Neurologia, Otorrinolaringologia e Pneumologia;

Para internações cirúrgicas de urgência/emergência em adultos, decorrentes de enfermidades agudas, não relacionadas a doenças preexistentes, nas especialidades de cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal e Proctologia, excetuando-se os casos previstos nas alíneas que se seguem;

e) Quinze meses:

Para internações de caráter eletivo ou de urgência/emergência, clínicas ou cirúrgicas, nas especialidades de Obstetrícia e Neonatologia, excetuando-se os casos previstos nas alíneas que se seguem;

f) Dezoito meses:

Para exames e procedimentos especiais de diagnóstico e tratamento;

Para internações cirúrgicas de caráter eletivo ou programado de qualquer especialidade, exceto obstetrícia;

Para internações cirúrgicas de caráter de urgência/emergência nas especialidades de cirurgia cardíaca, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, microcirurgia reconstrutiva, cirurgia de mão, cirurgia torácica, cirurgia vascular e linfática, cirurgia endocrinológica, neurocirurgia, cirurgia oftalmológica, cirurgia otorrinolaringológica e cirurgia urológica;

Para internações de caráter de urgência/emergência, clínicas ou cirúrgicas, nas especialidades de ginecologia e oncologia e nas doenças crônicas ou preexistentes à assinatura deste contrato.

13.2 - Estas carências poderão ser alteradas a critério exclusivo da AMIL, de acordo com a análise da Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários, o que será motivo de comunicação expressa da AMIL.

- 3) Queira o Sr. Perito informar quanto tempo de contrato existia entre as partes desde o seu início até a data da aplicação do reajuste por faixa etária, em março/2015?

Resposta: O tempo de contrato existente entre as partes desde o seu início até a data da aplicação do reajuste por faixa etária em março de 2015 são de 17 anos.

- 4) Queira o Sr. Perito informar quando a Lei 9.656 de 3 de junho de 1998 entrou em vigor?

Resposta: Esta Lei entrou em vigor noventa dias após a data de sua publicação, publicado no DOU em 04.06.1998. Em vigor a partir de 02.09.1998.

- 5) Queira o Sr. Perito informar se existia no contrato inicial do AUTOR cláusula de reajuste por faixa etária?

Resposta: Conforme contrato a cláusula 6 informa que a mensalidade é calculada de acordo com número de beneficiários inscritos, e suas características de distribuição, por faixa etária.

6 ▶ **CLÁUSULA SEXTA**

PAGAMENTO DE MENSALIDADES

6.1 - São obrigações do CONTRATANTE:

- a) Pagar a primeira mensalidade acrescida dos encargos para a implantação no ato da assinatura da proposta contratual;
- b) Pagar as mensalidades subseqüentes de acordo com o estabelecido pela AMIL, relativamente ao local, forma e data do pagamento;
- c) A mensalidade é calculada de acordo com o número de beneficiários inscritos, e suas características de distribuição, por faixa etária. As **faixas etárias** previstas neste contrato são: **de 0 a 20 anos; de 21 a 45 anos; de 46 a 50 anos; e, a cada ano, a partir dos 51 anos.**

- 6) Queira o Sr. Perito informar qual era a idade do AUTOR em março/2015?

Resposta: A idade do AUTOR em março/2015 era de 59 anos.

- 7) Queira o Sr. Perito informar qual era o valor do plano de saúde do AUTOR em fevereiro/2015, já com a aplicação do reajuste da ANS?

Resposta: A variação da mensalidade por mudança de faixa etária ocorre de acordo com a alteração da idade do beneficiário e somente pode ser aplicada nas faixas autorizadas. É prevista porque, em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza.

Por essa razão, o contrato do plano de saúde deve prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. As regras são as mesmas para os planos de saúde individuais/familiares e coletivos.

As faixas etárias para correção variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais precisam estar expressos no contrato, como não há os percentuais em contrato, calculado somente os percentuais de reajuste anual, conforme ofício da ANS.

ANEXO II

Período	Mensalidade	% Reajuste Faixa Etária	% Reajuste Anual
jan/15	825,82		
fev/15	905,51		9,65%
mar/15	905,51		
abr/15	905,51		
mai/15	905,51		
jun/15	905,51		
jul/15	905,51		
ago/15	905,51		
set/15	905,51		
out/15	905,51		
nov/15	905,51		
dez/15	905,51		
jan/16	905,51		
fev/16	1.026,03		13,31%
mar/16	1.026,03		
abr/16	1.026,03		
mai/16	1.026,03		
jun/16	1.026,03		
jul/16	1.026,03		
ago/16	1.026,03		
set/16	1.026,03		
out/16	1.026,03		
nov/16	1.026,03		

- 8) Queira o Sr. Perito informar qual era o valor do plano de saúde do Autor a partir de março/2015, já com o reajuste do plano de saúde da ANS?

Resposta: Vide quesito 7

- 9) Queira o Sr. Perito informar qual foi o percentual do reajuste por faixa etária aplicado ao plano de saúde individual do AUTOR, cumulativamente com o índice inflacionário estabelecido pela ANS, a partir de março/2015, e qual foi o valor nominal deste reajuste?

Resposta: Vide tabela abaixo.

ANEXO I
Reajuste aplicado

Período	Mensalidade	% Reajuste Faixa Etária	% Reajuste Anual
jan/15	825,82		
fev/15	905,51		9,65%
mar/15	1.527,98	68,74%	
abr/15	1.527,98		
mai/15	1.527,98		
jun/15	1.527,98		
jul/15	1.527,98		
ago/15	1.527,98		
set/15	1.527,98		
out/15	1.527,98		
nov/15	1.527,98		
dez/15	1.527,98		
jan/16	1.527,98		
fev/16	1.735,03		13,55%
mar/16	1.735,03		
abr/16	1.735,03		
mai/16	1.735,03		
jun/16	1.735,03		
jul/16	1.735,03		
ago/16	1.735,03		
set/16	1.735,03		
out/16	1.735,03		
nov/16	1.735,03		

- 10) Queira o Sr. Perito informar quais foram os índices percentuais de reajustes autorizados pela ANS nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017?

Resposta: Vide tabela abaixo.

Período	% Reajuste ANS
Jun/14 a Mai/15	9,65%
Jul/15 a Jun/16	13,31%
Jun/16 a Mai/17	14,01%
Jul/17 a Mai/18	13,99%

11) Queira o Sr. Perito informar quais foram os índices oficiais de inflação efetiva pelo IPCA nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017?

Resposta: Vide tabela abaixo.

Período	% IPCA
Jun/14 a Mai/15	6,52%
Jul/15 a Jun/16	9,56%
Jun/16 a Mai/17	8,84%
Jul/17 a Mai/18	2,71%

12) Queira o Sr. Perito informar quais foram os resultados financeiros da parte RÉ nos anos de 2014, 2015, 2016 e 2017, inclusive com lucro apurado e declarado ao fisco?

Resposta: Esse quesito não compete ao escopo desta perícia.

13) Queira o Sr. Perito informar se a parte RÉ requereu à ANS a autorização para aplicação de reajuste por faixa etária, com a devidamente justificativa e fundamentação atuarial no período de 2014 a 2017?

Resposta: Não há documentos que comprove que a parte RÉ requereu à ANS a autorização para aplicação de reajuste por faixa etária, com a devidamente justificativa e fundamentação atuarial no período de 2014 a 2017.

14) Queira o Sr. Perito informar qual o impacto financeiro de uso efetivo dos serviços médicos/hospitalares provocados pelo AUTOR, no período de 2014 a 2017?

Resposta: Não há documentos suficiente para atender a este quesito.

15) Queira o Sr. Perito informar quando o AUTOR requereu o encerramento do contrato nº 0-1774212, por onerosidade excessiva e impossibilidade de continuidade e a partir de quando passou ter outro plano de saúde?

Resposta: Não há documentos suficiente para atender a este quesito.

16) Queira o Sr. Perito descrever outros esclarecimentos que se fizerem necessários e oportunos?

Resposta: Os planos coletivos são regulados pela ANS e pela Lei nº 9.656/98 tanto quanto os planos individuais. Apenas o reajuste dos planos coletivos não é definido pela Agência, uma vez que o índice é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. As demais regras e operações para os planos coletivos são as mesmas que as dos planos individuais, como por exemplo, a cobertura assistencial obrigatória – rol de procedimentos e eventos em saúde.

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.

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.

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.

Os reajustes ocorridos no período não correspondem aos indicadores financeiros IGP-Saúde, não sendo possível informar o critério utilizado para os aumentos aplicados, já que os índices diferem índice de reajuste anual autorizado pela ANS.

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

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.

Não há documentos que comprovem que os reajuste tenha sido informado aos autores conforme Art.35-E da Lei 9.656/98.

...contendo a fórmula de aplicação do reajuste, deverá ser encaminhada aos consumidores, juntamente com o boleto ou título de cobrança, com a demonstração do valor originalmente contratado, do valor repactuação e do percentual de reajuste anual fixo, esclarecendo, ainda, que o seu pagamento formalizará esta repactuação;

O reajuste anual de planos é aplicado conforme as normas contratuais definidas entre a operadora de planos de saúde e a pessoa contratante 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.

QUESITOS DO RÉU

Ausência de quesitos

CONSIDERAÇÕES

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.

Uma outra questão é o Reajuste por Sinistralidade significa que os planos de saúde aumentam o valor das mensalidades em razão do maior uso dos serviços pela categoria, classe, grupo familiar ou empresa da qual o usuário é participante. Tal reajuste seria supostamente baseado numa planilha de custos e desempenho da operação que é calculada pela própria seguradora.

Em resumo é o resultado da utilização do plano de saúde, através de cirurgias, consultas e exames. Desta forma, o sinistro (valor do custo do beneficiário) é identificado cada vez que o segurado utiliza o plano de saúde.

Todas as consultas, exames e afins são calculados e depois representados por um percentual, os quais implicarão nos valores do plano.

Portanto, quando ocorre o uso desenfreado do plano de saúde, o sinistro acaba elevando seu valor, aumentando a sinistralidade do plano de saúde e impactando no reajuste do valor do plano de saúde empresarial.

A taxa de sinistralidade é medida de maneira percentual, somando todas as situações de sinistro de um período estabelecido (semestral, anual) e, posteriormente dividindo o valor obtido pelo prêmio pago, obtendo a taxa de sinistralidade.

Sinistralidade (em porcentagem %) = sinistro dividido pelo valor do prêmio da assistência médica.

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.

A variação da mensalidade por mudança de faixa etária ocorre de acordo com a alteração da idade do beneficiário e somente pode ser aplicada nas faixas autorizadas. É prevista porque, em geral, por questões naturais, quanto mais avança a idade da pessoa, mais necessários se tornam os cuidados com a saúde e mais frequente é a utilização de serviços dessa natureza.

Por essa razão, o contrato do plano de saúde deve prever um percentual de aumento para cada mudança de faixa etária. As regras são as mesmas para os planos de saúde individuais/familiares e coletivos.

As faixas etárias para correção variam conforme a data de contratação do plano e os percentuais precisam estar expressos no contrato.

Confira, na tabela abaixo, as regras para aplicação da variação por mudança de faixa etária.

Data da contratação do plano de saúde	Faixas etárias para aplicação da variação	Observações
Até 2 de janeiro de 1999	-	Deve seguir o que estiver escrito no contrato.
Entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004	<ul style="list-style-type: none">• 0 a 17 anos• 18 a 29 anos• 30 a 39 anos• 40 a 49 anos• 50 a 59 anos• 60 a 69 anos• 70 anos ou mais	<p>A Consu 06/98 determina que o preço da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos).</p> <p>Consumidores com mais de 60 anos e que participem do contrato há mais de 10 anos não podem sofrer a variação por mudança de faixa etária.</p>
Após 1º de janeiro de 2004 (vigência do Estatuto do Idoso)	<ul style="list-style-type: none">• 0 a 18 anos• 19 a 23 anos• 24 a 28 anos• 29 a 33 anos• 34 a 38 anos• 39 a 43 anos• 44 a 48 anos• 49 a 53 anos• 54 a 58 anos• 59 anos ou mais	<p>A Resolução Normativa (RN) nº 63, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, que 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).</p> <p>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.</p>

Tabela fornecida pelo site da ANS

A variação das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde em razão da idade do usuário deverá estar prevista no contrato, de forma clara, bem como todos os grupos etários e os percentuais de reajuste correspondentes, sob pena de não ser aplicada (arts. 15, caput, e 16, IV, da Lei nº 9.656/1998).

Conforme Súmula nº 469/STJ, nos reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos de saúde, alguns parâmetros devem ser observados, tais como:

- (i) a expressa previsão contratual;
- (ii) não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem em demasia o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e as cláusulas gerais da boa-fé objetiva e da especial proteção ao idoso, dado que aumentos excessivamente

elevados, sobretudo para esta última categoria, poderão, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e

(iii) respeito às normas expedidas pelos órgãos governamentais:

a) No tocante aos contratos antigos e não adaptados, isto é, aos seguros e planos de saúde firmados antes da entrada em vigor da Lei nº 9.656/1998, deve-se seguir o que consta no contrato, respeitadas, quanto à abusividade dos percentuais de aumento, as normas da legislação consumerista e, quanto à validade formal da cláusula, as diretrizes da Súmula Normativa nº 3/2001 da ANS.

b) Em se tratando de contrato (novo) firmado ou adaptado entre 2/1/1999 e 31/12/2003, deverão ser cumpridas as regras constantes na Resolução CONSU nº 6/1998, a qual determina a observância de 7 (sete) faixas etárias e do limite de variação entre a primeira e a última (o reajuste dos maiores de 70 anos não poderá ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para os usuários entre 0 e 17 anos), não podendo também a variação de valor na contraprestação atingir o usuário idoso vinculado ao plano ou seguro saúde há mais de 10 (dez) anos.

c) Para os contratos (novos) firmados a partir de 1º/1/2004, incidem as regras da RN nº 63/2003 da ANS, que prescreve a observância:

(i) de 10 (dez) faixas etárias, a última aos 59 anos;

(ii) do valor fixado para a última faixa etária não poder ser superior a 6 (seis) vezes o previsto para a primeira; e

(iii) da variação acumulada entre a sétima e décima faixas não poder ser superior à variação cumulada entre a primeira e sétima faixas.

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.

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.

Neste Termos, Pede deferimento.

Rio de Janeiro, 11 de agosto de 2021.

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