

**EXCELENTÍSSIMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 12ª VARA
CÍVEL COMARCA DA CAPITAL**

Processo nº **0279318-21.2015.8.19.0001**

Autor: JACIRA SANT'ANNA BALZANO

Réu: SULAMERICA CIA DE SEGURO SAUDE S.A.
QUALICORP ADM E SERV. LTDA

LAUDO PERICIAL CONTÁBIL

Luciana Madeira, contadora, legalmente habilitada a realizar perícias judiciais de natureza contábil, honrosamente nomeada pelo **MM Juízo** para o encargo de perito contador no processo em curso, fls. , vem expor o que se segue:

O laudo pericial será apresentado em 5 títulos assim dispostos:

- i.* Relatório;
- ii.* Procedimentos Periciais;
- iii.* Quesitos do autor;
- iv.* Quesitos do réu; e
- v.* Conclusão.

i – Relatório:

Jacira Santanna Balzano ajuizou ação em face de **Qualicorp Adm de Benefícios e Sulamerica Cia de seguro Saude S.A.**

O autor informa que em 2008 celebrou contrato de prestação de serviços de assistência de saúde optando pelo plano ESPECIAL. Acrescenta que o valor pago pelo plano de saúde era reajustado anualmente, no mês de julho, conforme preconiza o regulamento da ANS. Contudo, reclama que os reajustes aplicados nas mensalidades não atendem aos percentuais determinados pela ANS.

Os réus, por sua vez contestam, alegando que o autor pretende pagar o plano contratado de forma diferente da pactuada e que tinha plena ciência das condições do contrato quando o assinou. Aduz que são aplicados ao contrato de todos os beneficiários do plano o reajuste anual previsto em contrato e que este respeita as regras e a periodicidade definidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para os contratos coletivos por adesão. Os referidos reajustes tem como finalidade readequar os valores mensais do plano frente ao aumento dos custos no período.

Acrescenta ainda que o reajuste Anual foi aplicado mediante comunicado prévio e em conformidade com as condições legais e contratuais.

Às fls. foi deferida prova pericial para apurar os fatos e responder aos quesitos apresentados pelas partes.

ii – Procedimentos Periciais:

O entendimento da signatária é que a principal função do perito do juízo é fornecer ao Magistrado todos os elementos esclarecedores das questões controvertidas encontradas nos autos processuais, proporcionando ao juízo subsídios para poder pronunciarse de forma precisa.

Seguindo este caminho, as análises e conclusões apresentadas buscaram isenção do entendimento da aplicabilidade das normas legais, por considerar que estas tratam de mérito exclusivamente do juízo, o que implica na abstração das indagações pertinentes à interpretação das leis.

Adicionalmente, cabe esclarecer que a Resolução do Conselho Federal de Contabilidade - CFC Nº 2015/NBCPP01, de março de 2015, que normaliza a profissão do perito contador, em seu item 32 – Utilização de Trabalho de Especialista – admite a utilização de especialistas de outras áreas na realização do trabalho quando parte da matéria objeto da perícia assim o requerer. Utilizando-se dessa faculdade, a perícia vem informar que a atuária Tainá Moutinho de Oliveira, MIBA 2213, auxilia esta perícia nos quesitos que requerem análises técnicas específicas de cunho matemático-estatístico.

Para proceder a análise dos fatos a perita utilizou, principalmente, a documentação abaixo:

1. Pedido de adesão de fls. 288
2. Manual do benefício de saúde de fls. 223
3. Carta de reajuste de mensalidade de fls. 222
4. Manual do segurado e proposta de adesão fls. 165

5. Planilha demonstrativa de reajustes fls. 287

iii – Quesitos do autor:

Quesitos apresentados às Fls 10

Queira o perito nos informar a respeito das seguintes indagações:

1 – Os valores cobrados pelas operadoras estão corretos?

RESPOSTA: O valor cobrado pela operadora está em linha com o que foi acordado em contrato. Os reajustes foram aplicados anualmente e os percentuais foram informados à ANS, conforme é requerido na Resolução nº 195, da ANS.

2 - Qual seria o valor devido a ser pago no período de 2010 a 2015, observando os valores de reajustes autorizados pela ANS?

RESPOSTA: São autorizados reajustes anuais como forma de recompor à variação de custos e de sinistralidade, sempre com vistas à necessidade de conservar o contrato coletivo em equilíbrio econômico-atuarial, e também de preservar a exequibilidade do atendimento aos usuários.

Contudo também são previstos comunicados à ANS sobre os reajustes anuais praticados, conforme determina a Resolução nº 195, da ANS.

No período de 2010 a 2015 foram praticados os seguintes reajustes:

Ano	Percentual	Tipo
07/2010	8,86%	Reajuste anual
07/2011	8,22%	Reajuste anual

07/2012	10,58%	Reajuste anual
07/2013	14,12%	Reajuste anual
07/2014	17,35%	Reajuste anual
07/2015	16,29%	Reajuste anual

3 - Caso haja diferença, qual seria o valor dessa diferença para o período de 2010 a 2015 em valores atuais?

RESPOSTA: Prejudicada a resposta em função do que foi esclarecido no quesito precedente.

4 - Como deveria ter sido feita a atualização das mensalidades por parte das operadoras, considerando os reajustes autorizados pela ANS?

RESPOSTA: Prejudicada a resposta ao quesito dado que os reajustes referentes aos planos coletivos não necessitam de autorização pela ANS; são previstos apenas comunicados à ANS sobre os reajustes anuais praticados, conforme determina a Resolução nº 195, da ANS.

Importante esclarecer que os reajustes anuais, previstos no art. 19 da Resolução nº 195, da ANS, nos instrumentos contratuais e nos atos de comunicação da Agência Reguladora, devem ser feitos sem vinculação aos critérios de reajuste dos planos individuais, e em consideração à variação de custos e de sinistralidade, sempre com vistas à necessidade de conservar o contrato coletivo em equilíbrio econômico-atuarial, e também de preservar a exequibilidade do atendimento aos usuários.

iv – Quesitos do Réu:

Quesitos apresentados às fls 604

1. Sr. Perito, a título de conhecimento, entendimento e correta aplicação dos regulamentos existentes que dizem respeito a matéria em discussão, peço ao Ilmo. que traga aos autos o registro das informações de base necessárias e que demonstrem as principais diferenças entre os Planos/Seguro de Saúde Individuais e os Planos/Seguro de Saúde coletivos.

RESPOSTA: A Resolução Normativa 196 de 14 de julho de 2009 da ANS dispõe sobre a administradora de benefícios que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

Por outro lado, a Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009 da ANS dispõem sobre as características dos planos e seguros privados de assistência à saúde, regulamentam e orientam a sua contratação, além de outras providências.

Conforme os referidos instrumentos, os planos privados de assistência à saúde no Brasil Classificam-se em:

- **individual ou familiar:** plano oferecido no mercado para a livre adesão de pessoas físicas, facultada ou não a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar (art. 3º, RN nº 195 da ANS);
- **coletivo empresarial:** é aquele em que o consumidor ingressa no plano ou seguro-saúde contratado por uma

empresa ou órgão público. Oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária” (art. 5º da RN nº 195, ANS); e

- **coletivo por adesão:** aquele em que o consumidor ingressa no plano ou seguro-saúde contratado por uma entidade de caráter profissional, classista ou setorial, como, por exemplos, uma associação profissional ou um sindicato (Art.9º da RN nº195,ANS).

O plano de assistência à saúde contratado pela autora é do tipo **coletivo por adesão**.

Os Artigos 9º ao 23º da RN nº195 da ANS prevê que esse tipo de contratação envolve no mínimo três e no máximo quatro participantes, a saber:

- (a) a entidade de caráter profissional, classista ou setorial (como os conselhos, os sindicatos e as associações profissionais);
- (b) o indivíduo que possui vínculo com a pessoa jurídica contratante (como inscrito no conselho profissional, sindicalizado ou associado), o qual, após aderir ao contrato, passa a figurar como beneficiário do plano de saúde;
- (c) a operadora do plano de saúde; e
- (d) a administradora de benefícios, que pode ou não estar presente na contratação.

2. Queira o Sr. Perito, em consonância com o contrato firmado entre as partes, legislações, Normas e Resoluções, detalhar conceitualmente a modalidade do plano de saúde contratada pela autora, no que concerne:

a) as formas de negociações do reajuste, ou seja se é possível o livre acordo;

b) forma de reajuste do prêmio e quais os tipos de reajustes previstos, bem como suas periodicidades.

RESPOSTA: Conforme Art 19 e §1º da RN nº195 da ANS, nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no *caput* do artigo 22 desta RN:

“Art. 22 O disposto nesta seção não se aplica às variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656, de 1998”.

Adicionalmente, diligenciando junto à ANS em seu sitio eletrônico encontra-se nota de esclarecimento sobre planos coletivos em que afirma¹:

"... 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.

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.

¹ Disponível em: <http://www.ans.gov.br/a-ans/sala-de-noticias-ans/consumidor/2151-nota-de-esclarecimento-sobre-planos-coletivos>

Adicionalmente, a Resolução Normativa nº 63, de 22/12/2003, da ANS, define os limites a serem observados para a variação do valor do reajuste por mudança de faixa etária contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

O art. 2º da referida resolução estabelece quais faixas em que os reajustes poderão ocorrer:

“Art. 2º Deverão ser adotadas dez faixas etárias, observando-se a seguinte tabela:

I- 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;

II- 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;

III- 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;

IV- 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;

V- 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;

VI- 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;

VII- 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;

VIII- 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;

IX- 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;

X- 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.”

O art. 3º, por sua vez, estabelece os limites de variação dos percentuais:

“Art. 3º Os percentuais de variação em cada mudança de faixa etária deverão ser fixados pela operadora, observadas as seguintes condições:

I - o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária;

II - a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

III – as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.”

A clausula 12.3 do contrato apresenta os percentuais máximos de variação aplicáveis às mudanças de faixa etária para cada tipo de plano, conforme extrato apresentado a seguir:

12.3. Reajuste por mudança de faixa etária

Os valores do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do segurado titular e dos segurados dependentes. Os percentuais máximos de variação dos valores, aplicáveis às mudanças de faixa etária, são:

Faixa etária	Plano Básico	Plano Especial	Plano Executivo
Até 18 anos	0	0	0
De 19 a 23 anos	56,55%	65,81%	68,38%
De 24 a 28 anos	2,72%	1,00%	0,49%
De 29 a 33 anos	1,68%	2,18%	3,92%
De 34 a 38 anos	3,03%	2,03%	2,90%
De 39 a 43 anos	1,37%	1,03%	1,45%
De 44 a 48 anos	43,42%	38,85%	33,26%
De 49 a 53 anos	1,60%	27,16%	17,37%
De 54 a 58 anos	4,06%	1,89%	0,72%
59 anos ou mais	131,73%	89,07%	107,51%

3. Sr. Perito, peço que informe se a autora possuía dependentes ao plano contratado, se sim, informe quantos e a idade dos agregados, e o valor do prêmio pago mensalmente para cada um deles.?

RESPOSTA: Analisando o contrato celebrado entre as partes e juntado aos autos, não há evidências de dependentes.

4. Tendo por base que o mérito do objeto pericial está limitado ao índice de reajuste anual (VCMH) e Sinistralidade, peço ao Ilmo. Perito que demonstre a tabela que indica os reajustes dos prêmios constantes nas cláusulas gerais do plano/seguro contratado pela autora?

RESPOSTA: A Clausula 12 do contrato celebrado entre as partes se refere aos reajustes previstos e estabelece que independentemente da data de adesão de cada segurado à apólice coletiva, o valor do benefício será reajustado nos 3 seguintes casos e poderá ocorrer de forma cumulativa ou isolada:

12.1. Reajuste financeiro anual

Reajuste em 1º (primeiro) de julho de cada ano, conforme variação dos custos dos serviços prestados durante os 12 (doze) meses anteriores a essa data (1º de julho), independentemente da data de adesão de cada segurado à apólice coletiva. O reajuste financeiro anual segue a seguinte fórmula:

$$IS = (REFMED \times 0,4905) + (S \times 0,0361) + (DT \times 0,1846) + (DG \times 0,0721) + (MM \times 0,2167)$$

Em que:

IS: índice de reajuste a ser aplicado sobre o valor da US (Unidade de Serviço).

REFMED: variação dos custos dos procedimentos médicos, divulgada pela Associação Médica Brasileira.

S: variação dos salários pagos pela seguradora, comprovada por meio de acordos, convenções ou dissídios coletivos, ou resultante da política salarial oficial.

DT: variação dos custos das diárias, taxas e demais serviços hospitalares, fornecida pelos hospitais constantes da Lista de Referenciados.

DG: variação dos custos das despesas gerais, com base no IGP-M divulgado pela Fundação Getúlio Vargas ou, na falta deste, por outro índice oficial que o substitua.

MM: variação dos custos de materiais e medicamentos, calculada pela seguradora.

12.2. Reajuste por índice de sinistralidade

Entende-se por índice de sinistralidade a relação entre receitas e despesas do benefício. A totalidade das despesas é calculada pela soma de todo e qualquer atendimento médico-hospitalar prestado aos segurados, tanto o realizado na rede de prestadores referenciados pela seguradora quanto o realizado por prestadores não referenciados (de livre escolha, via reembolso de despesas pagas pelos segurados, conforme condições contratuais).

Os valores do benefício serão revistos trimestralmente, podendo ser reajustados em função do índice de sinistralidade calculado até o término do período da apuração, independentemente da data de adesão de cada segurado à apólice coletiva.

O resultado da avaliação do índice de sinistralidade do benefício estará à disposição do estipulante, após o término da apuração. Reajustes decorrentes do aumento do índice de sinistralidade serão aplicados, mediante comunicação prévia, na fatura do mês seguinte ao do término da apuração e cobrados dos segurados.

35750 PROGER-VIRTUAL

12.3. Reajuste por mudança de faixa etária

Os valores do benefício são estabelecidos com base na faixa etária do segurado titular e dos segurados dependentes. Os percentuais máximos de variação dos valores, aplicáveis às mudanças de faixa etária, são:

Faixa etária	Plano Básico	Plano Especial	Plano Executivo
Até 18 anos	0	0	0
De 19 a 23 anos	56,55%	65,81%	68,38%
De 24 a 28 anos	2,72%	1,00%	0,49%
De 29 a 33 anos	1,68%	2,18%	3,92%
De 34 a 38 anos	3,03%	2,03%	2,90%
De 39 a 43 anos	1,37%	1,03%	1,45%
De 44 a 48 anos	43,42%	38,85%	33,26%
De 49 a 53 anos	1,60%	27,16%	17,37%
De 54 a 58 anos	4,06%	1,89%	0,72%
59 anos ou mais	131,73%	89,07%	107,51%

O contrato reforça ainda que a aplicação de todos os reajustes é precedida de comunicação ao segurado por parte do estipulante.

5. Sr. Perito, com base nas repostas apresentadas, peço que apure somente a título de exemplo, qual seria o índice de reajuste por sinistralidade aplicado para todo o grupo?

RESPOSTA: No período de 2009 a 2015 foram praticados os seguintes reajustes:

Ano	Percentual	Valor	Valor do reajuste	Valor reajustado
12/2008		R\$493,53		
03/2009	1,88%	$493,53 * 1,88\% =$	9,32	R\$502,85
07/2009	7,22%	$502,85 * 7,22\% =$	36,31	R\$539,16
07/2010	8,86%	$539,16 * 8,86\% =$	47,82	R\$586,98
07/2011	8,22%	$586,98 * 8,22\% =$	48,25	R\$635,23
07/2012	10,58%	$635,23 * 10,58\% =$	67,21	R\$702,44
07/2013	14,12%	$702,44 * 14,12\% =$	99,25	R\$801,69
07/2014	17,35%	$801,69 * 17,35\% =$	139,17	R\$940,86
07/2015	16,29%	$940,86 * 16,29\% =$	153,36	R\$1094,22

6. Queira o Sr. Perito informar Objeto do Seguro do autor, bem como informar a cobertura do Seguro ao Segurado.

RESPOSTA: a autora contratou apólice coletiva de seguro-saúde por adesão estipulada pelo ACCESS Club de benefícios junto à Sulamerica Seguro Saúde em convênio com a Federação de comercio do Estado do Rio de Janeiro.

Entende-se por apólice coletiva por adesão aquela que é estipulada por Pessoa jurídica (access club de benefícios) e que pode, em nome dos segurados, acordar, negociar, alterar e fixar regras contratuais com a seguradora.

A autor optou pelo Plano denominado Especial que, conforme quadro abaixo, possui abrangência nacional de cobertura com padrão de acomodação em internação individual.

Categoria de plano	Código da ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Padrão de acomodação em internação
Básico	700.473/99-7	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Coletivo
Básico	432.411/00-1	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual
Especial	700.474/99-5	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual
Executivo	700.476/99-1	Nacional	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Individual

7. Queira o Sr. Perito informar qual era o valor do Prêmio de Seguro na época da contratação do Seguro, bem como a data vigência do contrato, e ainda em qual modalidade o seguro se enquadra (não adaptado/adaptado).

RESPOSTA: A autora aderiu ao plano de seguro saúde em 23/10/2008, com início do benefício em 1/12/2008, pagando prêmio de seguro no valor de R\$493,53. Portanto, trata-se de contrato não adaptado.

A título elucidativo, Contrato adaptado é aquele contrato que foi assinado antes de 2 de janeiro de 1999 (contrato antigo), mas que o consumidor promoveu, junto à operadora de seu plano de saúde, sua adaptação à Lei 9.656, de 1998, através da assinatura de termos

aditivos contratuais. Nestes aditivos contratuais, deve constar a informação de que o plano foi adaptado ao que determina a Lei 9.656, de 1998². Tanto no caso da adaptação, quanto no caso de migração, o consumidor passa a ter todos os direitos garantidos pela lei 9.656, de 1998.

8. Queira o Sr. Perito informar se, à medida em que o Segurado envelhece, passa a oferecer mais risco à Seguradora e porquê?

RESPOSTA: afirmativa a resposta. Por esse motivo a Resolução Normativa nº195 da ANS prevê aumento por mudança de faixa etária.

9. Queira o Sr. Perito informar se é possível a ré manter contrato de seguro saúde defasado sem causar risco a toda coletividade (mutualismo), uma vez que se permitir que todos seus contratos restem defasados não será possível garantir todos os sinistros que poderão ser avisados por seus segurados.

RESPOSTA: Negativa a resposta.

10. Queira o Sr. Perito informar se é verídico que conforme o avançar da idade, o segurado se utiliza mais do seguro saúde, situação essa que torna necessário o reajuste a fim de equilibrar-se novamente as bases do contrato.

² Em junho de 1998, foi publicada a Lei 9.656 - a Lei dos Planos de Saúde. Esta Lei entrou em vigor em 02 de junho de 1999. Todos os contratos de planos de saúde firmados a partir de 2 de janeiro enquadram-se na nova legislação. São os chamados Contratos Novos. Por sua vez, os contratos firmados até 31 de dezembro de 1998, por não estarem necessariamente enquadrados na Lei 9.656, de 1998 - são chamados, por analogia, de Contratos Antigos.

RESPOSTA: Inicialmente é importante esclarecer que para a operadora do plano de saúde, cada acionamento do plano caracteriza um sinistro. Nesse cenário, a sinistralidade equivale à contabilização da ocorrência de sinistros, compondo a relação entre custos (sinistro) e receitas (prêmio) de uma operadora. Esse total é calculado e, depois, representado por um percentual denominado sinistralidade.

A sinistralidade é, portanto, **resultado imediato da grande utilização dos planos de saúde**, com excessivas realizações de consultas e exames feitas pelos beneficiários. Assim, a realização de muitos procedimentos eleva os custos de manutenção do convênio e acabam por se tornar mais impactantes tanto para operadora como para os próprios beneficiários.

Concluindo, nos planos de saúde coletivos os índices de reajuste por variação de custos são definidos com observância de cálculos atuariais e visam apenas manter o equilíbrio atuarial do sistema, para que o plano não se torne oneroso, também em face de outros participantes, permitindo a continuidade da cobertura.

11.Sr. Perito, solicito que informe se o contrato firmado pela autora, está ligado diretamente a Operadora do Plano/Seguro Saúde ou se existe o intermédio de algum estipulante.

RESPOSTA: Os Artigos 9º ao 23º da RN nº195 da ANS prevê que esse tipo de contratação envolve no mínimo três e no máximo quatro participantes, a saber:

- (a) a entidade de caráter profissional, classista ou setorial (como os conselhos, os sindicatos e as associações profissionais);

(b) o indivíduo que possui vínculo com a pessoa jurídica contratante (como inscrito no conselho profissional, sindicalizado ou associado), o qual, após aderir ao contrato, passa a figurar como beneficiário do plano de saúde;

(c) a operadora do plano de saúde; e

(d) a administradora de benefícios, que pode ou não estar presente na contratação.

Analisando especificamente o contrato celebrado pela autora, temos:

(a) a entidade ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS (CLUB MUNICIPAL);

(b) a parte autora, que, vinculada à referida pessoa jurídica contratante, subscreveu proposta de adesão ao plano de saúde coletivo;

(c) a operadora SULAMERICA CIA DE SEGURO SAÚDE; e

(d) a administradora de benefícios QUALICORP.

v – Conclusão:

Baseado na análise dos dados fornecidos no caso em tela bem como as respostas aos quesitos apresentados pelas partes, conclui esta perita que:

I- Dos planos privados de assistência à saúde:

A Resolução Normativa 196 de 14 de julho de 2009 da ANS dispõe sobre a administradora de benefícios que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos.

A Resolução Normativa 195 de 14 de julho de 2009 da ANS dispõem sobre as características dos planos e seguros privados de assistência à saúde, regulamentam e orientam a sua contratação, além de outras providências. Conforme os referidos instrumentos, os planos privados de assistência à saúde no Brasil Classificam-se em:

- **individual ou familiar:** plano oferecido no mercado para a livre adesão de pessoas físicas, facultada ou não a inclusão de seus dependentes ou grupo familiar (art. 3º, RN nº 195 da ANS);
- **coletivo empresarial:** é aquele em que o consumidor ingressa no plano ou seguro-saúde contratado por uma empresa ou órgão público. Oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa

jurídica por relação empregatícia ou estatutária” (art. 5º da RN nº 195, ANS); e

- **coletivo por adesão:** aquele em que o consumidor ingressa no plano ou seguro-saúde contratado por uma entidade de caráter profissional, classista ou setorial, como, por exemplos, uma associação profissional ou um sindicato (Art.9º da RN nº195,ANS).

II- Do plano contratado pela autora:

- O contrato de plano privado de assistência à saúde firmado entre as partes é do tipo **coletivo por adesão**.
- Os Artigos 9º ao 23º da RN nº195 da ANS prevê que esse tipo de contratação envolve no mínimo três e no máximo quatro participantes, a saber:
 - (a) a entidade de caráter profissional, classista ou setorial (como os conselhos, os sindicatos e as associações profissionais);
 - (b) o indivíduo que possui vínculo com a pessoa jurídica contratante (como inscrito no conselho profissional, sindicalizado ou associado), o qual, após aderir ao contrato, passa a figurar como beneficiário do plano de saúde;
 - (c) a operadora do plano de saúde; e
 - (d) a administradora de benefícios, que pode ou não estar presente na contratação.

- Analisando especificamente o contrato celebrado pelo autora, temos:
 - (a) a entidade ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES PÚBLICOS (CLUB MUNICIPAL);
 - (b) a parte autora, que, vinculada à referida pessoa jurídica contratante, subscreveu proposta de adesão ao plano de saúde coletivo;
 - (c) a operadora SULAMERICA CIA DE SEGURO SAÚDE; e
 - (d) a administradora de benefícios QUALICORP.

Dentre os planos oferecidos, a autora escolheu o plano ESPECIAL.

III- Dos Reajustes:

- O Reajuste anual dos planos coletivos não é definido pela ANS. O índice é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante (empresa, sindicato ou associação) e a operadora do plano de saúde. Os reajustes devem ser comunicados à ANS em no máximo 30 dias após o aumento de preço, em conformidade com a Resolução nº 195, da ANS.
- Os reajustes são aplicados tendo por base a variação de custos e de sinistralidade, com vistas à necessidade de conservar o contrato coletivo em equilíbrio econômico-

atuarial, além de preservar a exequibilidade do atendimento aos usuários.

- É importante esclarecer que para a operadora do plano de saúde, cada acionamento do plano caracteriza um sinistro. Nesse cenário, a sinistralidade equivale à contabilização da ocorrência de sinistros, compondo a relação entre custos (sinistro) e receitas (prêmio) de uma operadora. Esse total é calculado e, depois, representado por um percentual denominado sinistralidade.
- A sinistralidade é, portanto, **resultado imediato da grande utilização dos planos de saúde**, com excessivas realizações de consultas e exames feitas pelos beneficiários. Assim, a realização de muitos procedimentos elevam os custos de manutenção do convênio e acabam por se tornar mais impactantes tanto para operadora como para os próprios beneficiários.
- Concluindo, nos planos de saúde coletivos os índices de reajuste por variação de custos são definidos com observância de cálculos atuariais e visam apenas manter o equilíbrio atuarial do sistema, para que o plano não se torne oneroso, também em face de outros participantes, permitindo a continuidade da cobertura. Os valores são auditados anualmente por empresas de auditoria independente e comunicado à ANS conforme estabelecido nas normas e legislação em vigor.

- Os percentuais de reajuste aplicados ao contrato da autora, no período de 2010 a 2015, relativo ao plano denominado “ESPECIAL”, foram:

Ano	Percentual	Tipo
07/2010	8,86%	Reajuste anual
07/2011	8,22%	Reajuste anual
07/2012	10,58%	Reajuste anual
07/2013	14,12%	Reajuste anual
07/2014	17,35%	Reajuste anual
07/2015	16,29%	Reajuste anual


Encerramento:

Nada mais a aduzir e esperando bem ter desempenhado as funções para as quais foi designado por este Ínclito Juízo, encerra-se o presente LAUDO PERICIAL contendo 22(vinte e dois) laudas.

Nestes Termos,

Pede deferimento.

Rio de Janeiro, 4 de outubro de 2019.


Luciana Madeira
Contadora CRCRJ 100.424/O-9
Perita do Juízo