

AO JUÍZO DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL REGIONAL DE JACAREPAGUÁ DA COMARCA DA CAPITAL-RJ.

Processo nº.: 0045455-97.2016.8.19.0203

Ação: Procedimento Comum - Plano de Saúde - Reajuste Por Idade

Autor: Marisa Viegas Nogueira

Réu: Qualicorp Administradora E Serviços Ltda

Réu: Unimed Rio

MICHELLE DOS SANTOS POVOAS GOTTARDO, contadora, perita nomeada pelo juízo no processo supracitado, com a conclusão do seu trabalho, vem respeitosamente requerer o que segue:

1. Juntada do Laudo Pericial para os efeitos legais;
2. **Expedição de Mandado de Pagamento do valor parcial dos honorários periciais (50%)**, devidos a esta profissional, no valor de **R\$ 2.078,50** (dois mil, setenta e oito reais e cinquenta centavos), que se encontram depositados a disposição deste Juízo às fls. 790.

Ressalvando que, tendo em vista o estado de pandemia que assola o país, vem respeitosamente junto a V. Exª., requerer que, o Mandado de Pagamento seja realizado diretamente na conta corrente de titularidade desta perita, por transferência bancária, conforme dados abaixo discriminados:

Banco do Brasil S/A – 001
Agência: 0001-9
Conta corrente: 42780-2
CPF – 086.401.237-30.

Requer ainda, a intimação da 2ª ré para depositar os outros 50% dos honorários homologados às fls. 678, devidos a esta profissional, no valor de R\$ 2.078,50 (dois mil, setenta e oito reais e cinquenta centavos).

Pede Deferimento.

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2022.

MICHELLE DOS SANTOS POVOAS GOTTARDO

Perita Judicial TJ/RJ nº. 3469
Perita Contadora - CNPC nº 3418
CRC-101.695/O-6/RJ
CPF-086.401.237-30

Telefones: (21) 3553-3087 / 98111-4988
E-mail: michelle@gottardopericias.com.br



AO JUÍZO DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL REGIONAL DE JACAREPAGUÁ DA COMARCA DA CAPITAL-RJ.

Processo nº.: 0045455-97.2016.8.19.0203

Ação: Procedimento Comum - Plano de Saúde - Reajuste Por Idade

Autor: Marisa Viegas Nogueira

Réu: Qualicorp Administradora E Serviços Ltda

Réu: Unimed Rio

LAUDO PERICIAL

1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Iniciando o cumprimento à determinação de Perícia Contábil e nomeação às fls. 606, de acordo com os termos das Normas Técnicas de Perícia Contábil do Conselho Federal de Contabilidade, esta perita, para bem cumprir o encargo a si confiado, examinou, do ponto de vista estritamente técnico, o conteúdo das diversas peças constantes dos autos, onde constatou que não havia toda documentação necessária para elaboração e conclusão do laudo pericial.

Objetivando proporcionar extrema clareza e objetividade no que tange aos procedimentos realizados e aos resultados obtidos, as análises desenvolvidas pela perita sobre o caso em tela foram divididas em etapas apresentadas na forma abaixo, na sequência exata das atividades desenvolvidas, como se segue:

a) Análise dos Autos:

Nesta fase dos trabalhos periciais, foi levantada a base documental da relação contratual formada pelas partes, buscando-se obter, fundamentalmente, todas as informações necessárias para os esclarecimentos pretendidos com o presente estudo.

b) Relação dos Documentos Juntados aos Autos

Os documentos utilizados pela perícia na realização deste trabalho encontram-se relacionados no

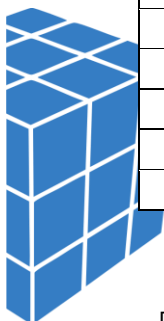
Quadro - 1, abaixo:



Quadro - 1 - Documentos utilizados

Documentos	Fls.
Publicação ANS 03/06/2015	27/28
Demonstrativo de Lançamento - Qualicorp	34
Boleto Unimed 03/2015 a 09/2015, 10/2015, 11/2015 a 12/2015, 07/2016, 09/2016, 07/2017	36/42, 44, 46/47, 51/52, 81
Demonstrativo de Lançamento - Qualicorp	43 e 45
Correspondência com informação de reajuste	48
Boletos de 01/2016 a 06/2016	49/50
Contrato de Adesão a o plano de Pessoa física individual ou familiar	695/750
Proposta contratual nº. 1329251	751/781
"Ficha financeira"	784

Depósito Judiciais efetuados pela autora				
Guia de Depósito nº	Data do Depósito	Autenticação Eletrônica	Valor	Fls.
081010000037580240	06/06/2017	4BC5D3C1F9A9EBF3864590480206D6D6B27F45C4	31.152,50	79
081010000037580568	05/06/2017	226CE622186788BED8D8650B451D1E16406882073	2.152,70	80
081010000041080060	31/10/2017	228CA78F68634655	5.552,20	471
081010000041097728	31/10/2017	0968733E42F7392A	1.576,13	473
000000006009326	05/01/2018	D4ADF830B65BB427	4.728,39	537
000000006470792	06/02/2018	8528DA218A6F3D87	1.576,13	538
000000006470751	15/03/2018	22EFA0F21EF6686	1.576,13	539
000000006470833	27/03/2018	DE2AEE13DB93B2C1	1.576,13	540
000000007606791	28/05/2018	DB937025ACE79D17	1.576,13	541
000000007606851	26/06/2018	2E0047FF4B2FA520	1.576,13	542
000000007606903	03/07/2018	0F575BBE9555C460	1.576,13	543
000000008593387	29/08/2018	A0494FA258E2554C	1.576,13	572
000000008593422	21/09/2018	E8DBB0DA6227A7A8	1.576,13	573
000000009456148	23/10/2018	9F6D663903C35E2C	1.733,74	574
000000009456220	28/11/2018	38EA167054FDEC18	1.733,74	575
000000010212533	07/01/2019	FAA2C4419B252415	1.733,74	576
000000010212573	07/01/2019	5940FE7B7305A7C2	1.733,74	577
000000010914141	11/03/2019	41ED522FA80D6B23	1.733,74	588
000000010914192	11/03/2019	580F3CD65704DC4A	1.733,74	589
000000010914265	04/04/2019	9B7E742B9FA1CFE3	1.733,74	590
000000012180065	29/05/2019	4EAAD4187B13FDCF	1.733,74	591
000000012180083	19/06/2019	3F297AD1CADD65A5	1.733,74	592
000000012180107	19/07/2019	2BDA65D6DDB2E80E	1.733,74	593
000000013289479	30/08/2019	0FE1CDE53B7D123A	1.733,74	594
00000008593387	29/08/2019	A0494FA258E2554C	1.576,13	595
000000013289524	18/09/2019	16CE10D70825EFC8	1.733,74	657
000000014167567	22/10/2019	05A2FC0BA6477677	1.861,16	658
000000014167702	29/11/2019	7882EA72EF2977AE	1.861,16	659
000000014167767	10/12/2019	3B860D94CF203CA7	1.861,16	660
000000015348989	27/01/2020	39F21FA9FE220F95	1.861,16	661
000000015349014	20/02/2020	6A05A4AD7F19E5C8	1.861,16	662



Guia de Depósito nº	Data do Depósito	Autenticação Eletrônica	Valor	Fls.
00000015349062	05/03/2020	73B017FAC4DDBC13	1.861,16	663
000000016480137	01/06/2020	20580696B8E629F7	1.861,16	664
000000016480169	01/06/2020	5688FD3DC532BD7B	1.861,16	665
000000016480211	01/06/2020	C0FD47C2A3C87CCF	1.861,16	666
000000017415490	30/07/2020	B890717B914059C0	1.861,16	667
000000017415505	06/08/2020	41B0DC357411DC58	1.861,16	668
000000018292613	06/11/2020	999A2A07D1B22B80	1.861,16	807
000000018292638	06/11/2020	5846D454C0EB6EF5	1.861,16	809
000000019105772	12/01/2021	6AB782A958C73555	1.861,16	811

2 – OBJETIVOS

2.1 – A Prova Pericial tem, como objetivo geral, a análise de toda a documentação acostada aos autos, considerando os aspectos do contrato de prestação de serviços pactuado entre as partes.

2.2 – Como objetivo específico, o exame, análise e verificação de eventual diferença de cobrança no contrato em questão, além do previsto pelo órgão regulador dos planos de saúde ANS.

2.3 - O ponto controvertido específico fixado pelo juízo, para o objetivo da prova pericial foi:

- Verificar se os reajustes foram aplicados de acordo com o contrato celebrado entre as partes e a legislação vigente;
- Apurar o valor da prestação de acordo com o contrato celebrado entre as partes;
- Informar ao juízo se existe algum débito por parte da autora.

3- SÍNTESE DA DEMANDA:

A demanda refere-se à Ação Indenizatória, movida por **MARISA VIEGAS NOGUEIRA**, em face de **UNIMED – RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO DO RIO DE JANEIRO LTDA**, conforme razões e considerações arroladas a seguir:

Em sua petição inicial às fls.03/13, a parte autora informa que em 17/01/2015, com o óbito do esposo, de quem era dependente no plano de saúde ofertado pelas rés.

E que a 1ª Ré que administrava o Plano de Saúde Empresarial CREA, informou para autora, que tendo em vista o falecimento de seu marido, poderia fazer a solicitação de mudança de titularidade do contrato de saúde junto a 1ºré.

Afirma ainda a autora, que procedimento foi realizado em 09/02/2015.



Alega, também, que apesar de ter efetuado todo o procedimento requerido pela 1ª ré, a alteração não foi realizada e a autora teve que cancelar o débito automático, pois no mês de 02/2015 foi realizado o débito no valor integral do contrato, ou seja, R\$ 2.503,08.

Informa, também, que mediante a cobrança indevida, a autora, ingressou com Ação de Obrigação de Fazer c/c Danos Morais e Materiais junto ao 2º JEC da Capital conforme nº0073122-19.2015.8.19.0001 em 11/03/2015, onde houve determinação daquele juízo para que fosse reestabelecido o valor original da dependente, com aumento somente dos reajustes anuais.

Afirma ainda, que o restabelecimento do contrato foi realizado pela 2ª ré, entretanto, os boletos enviados por esta desde 2015 não correspondem ao valor quitado quando era administrado pelo 1º réu.

Alega que os boletos deveriam ser de R\$ 1.076,35 e a autora está recebendo boletos no valor de R\$ 1.955,40, sendo que a mensalidade da Autora em 02/2015 seria no valor de R\$ 1.076,35, que foi o último boleto pago.

A segunda Ré em sua contestação de fls. 331/355 alega que, em que pese a narrativa autoral, o petitório inicial traduz verdadeira confissão de dívida.

A primeira Ré em sua contestação de fls. 428/467 alega que a autora firmou Contrato de Plano de Saúde Coletivo por Adesão, com a Unimed Rio (operadora de Saúde).

Afirma que, diferente do que alegado pela autora, a mesma tinha pleno conhecimento do motivo do aumento da mensalidade, uma vez que foi abordado no processo anterior, citato pela autora.

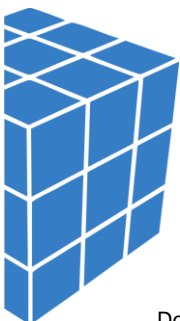
Alega ainda a primeira Ré, que no juizado foi declarado lícito os reajustes anuais do contrato e foi determinado que o reajuste por faixa etária era fato novo e deveria ser discutido em ação própria.

Afirma ainda que o plano de saúde da autora foi suspenso por falta de pagamento em 02/2015 e restabelecido em 10/2015.

Alega também que nesse período ocorreu o reajuste de faixa etária, especificamente em 04/2015, bem como reajuste anual do contrato em 10/2015, e por esse motivo a mensalidade passou para R\$ 1.655,01.

Informa ainda a primeira Ré, que a autora está inadimplente com as mensalidades de 10/2015 e 11/2015.

Alega que os reajustes por faixa etária e reajustes anuais são devidos, e que eles têm previsão contratual e estão autorizados pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Afirma também, que o plano de saúde da autora é um PLANO DE SAÚDE COLETIVO, submetida às regras aplicadas à coletividade consoante autorização da ANS.

A segunda ré requereu a prova pericial em petição de fls. 597.

Em decisão de fls. 681/682 foi deferida a prova pericial, sendo nomeada esta profissional para elaboração da prova.

A primeira ré apresentou rol de quesitos às fls. 615/616.

A autora apresentou rol de quesitos às fls. 620/621.

A segunda ré apresentou rol de quesitos às fls. 623/624.

Em decisão de fls. 678 este juízo homologou os honorários estimados às fls. 626.

4- CONSIDERAÇÕES TÉCNICAS

Do ponto de vista técnico e do que recomendam as boas práticas dos cálculos da matemática, em face da matéria em objeto, esta perita considerou, como base para realização da perícia, a boa técnica da matemática financeira com suas peculiaridades e as Leis vigentes neste país.

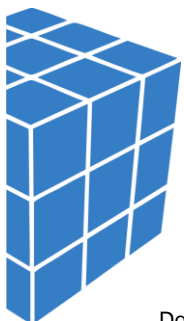
Com base em diversos estudos, conceitualmente, o reajuste do plano de saúde é necessário para manter o equilíbrio do plano.

O contrato de plano de saúde tem o seu objeto formado com base em um cálculo atuarial, sendo o plano de saúde coletivo constituído com base em uma solidariedade entre seus usuários, ligados pelo mutualismo decorrente da característica coletiva que o contrato possui.

Como 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.

Os participantes 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, e também contratualmente.

O 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 de 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.

Com relação aos Critérios Adotados:

Para elaboração do laudo pericial, a perícia se baseou nas cláusulas do contrato apresentado nos autos, às fls. 51/65, 71 e 385/399 e 405 (especificamente na cláusula 17) e nas orientações da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Das Condições Gerais do contrato reclamado:

O contrato em questão é um contrato de plano de assistência à saúde, coletivo por adesão, celebrado entre a Qualicorp Administradora de Benefícios e a Unimed Rio e destinado à população que mantenha, comprovadamente, vínculo com a sua Entidade, no caso da autora o vínculo se deu através da FECOMÉRCIO-RJ, conforme documento fls. 51 e 71/72.

Sobre os Aspectos Do Contrato

Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Art. 1ª. Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: (Redação dada pela Medida Provisória nº 2.177 -44, de 2001)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; (Incluído pela Medida Provisória nº 2.177 -44, de 2001).

Telefones: (21) 3553-3087 / 98111-4988
E-mail: michelle@gottardopericias.com.br



Dos Tipos de Plano

Os planos de saúde autorizados pela ANS precisam atender ao Rol de procedimentos que a lei 9656/98 obriga os planos de saúde a cobrir.

Existem 04 tipos de planos de saúde autorizados pela ANS:

- Plano Ambulatorial;
- Plano Hospitalar sem Obstetrícia;
- Plano Hospitalar com Obstetrícia;
- Plano Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia.

Das Orientações da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar).

Do Reajuste Anual

As cláusulas de reajuste dos planos coletivos com 30 ou mais beneficiários são estipuladas por livre negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora ou administradora de benefícios contratada.

A justificativa do percentual proposto deve ser fundamentada pela operadora e seus cálculos disponibilizados para conferência pela pessoa jurídica contratante. Dessa forma, a participação do contratante é fundamental no ato da negociação do reajuste, pois ele pode solicitar e ter acesso a informações sobre receitas e despesas de seus beneficiários, conseguindo melhores condições de negociar os valores.

O percentual aplicado deve ser informado no boleto de pagamento e na fatura.

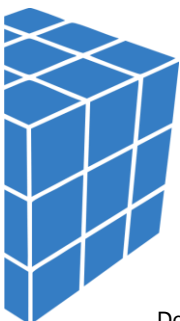
Os percentuais acordados devem ser informados pelas operadoras à ANS a cada trimestre, de acordo com os prazos definidos no Art. 2º da IN nº 13/2006.

Variação da mensalidade por mudança de faixa etária do beneficiário

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, no (Anexo -II) deste laudo a tabela com as regras estabelecidas para aplicação da variação por mudança de faixa etária.

Da Recomposição Do Reajuste Dos Planos De Saúde em 2020

Conforme último paragrafo no comunicado 87, a autora não se encontra nesta recomposição, haja vista que o contrato originário restabelecido trata-se de contrato coletivo.

"COMUNICADO Nº 87, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2020

A Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, no uso das atribuições que lhe confere o inciso VI do art. 30, da Resolução Regimental nº 01, de 17 de março de 2017, considerando a decisão proferida na 19ª Reunião Extraordinária de Diretoria Colegiada, contida no processo SEI nº 33910.020902/2020-19, e que visa complementar o Comunicado nº: 85/2020/PRESI, COMUNICA a forma de recomposição dos efeitos da suspensão dos reajustes de planos de saúde por variação de custos (anual) e por mudança de faixa etária, no período de setembro a dezembro de 2020, para manutenção do equilíbrio dos contratos de planos privados de assistência à saúde.

1. Os valores relativos à suspensão dos reajustes deverão ser diluídos em 12 (doze) parcelas iguais e sucessivas, de janeiro de 2021 a dezembro de 2021;

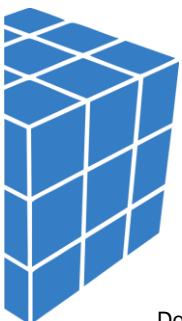
2. A pedido do beneficiário ou da pessoa jurídica contratante à operadora de planos de saúde ou administradora de benefícios, poderá ser permitida a recomposição da suspensão dos reajustes em número inferior de parcelas;

3. Poderá ser permitida a recomposição da suspensão dos reajustes em número superior de parcelas, desde que haja concordância entre as partes;

4. A operadora de planos de saúde e a administradora de benefícios deverão discriminar, de forma clara, nos boletos ou documentos de cobrança equivalentes, o valor da mensalidade (contraprestação pecuniária); a importância da parcela referente a recomposição dos reajustes suspensos em 2020, bem como a informação do número da parcela a ser quitada e o número de parcelas totais; e

5. Caso seja adotada excepcionalmente a recomposição da suspensão dos reajustes em número inferior de parcelas, a pedido do beneficiário ou da pessoa jurídica contratante à operadora ou à administradora de benefícios; ou a recomposição da suspensão dos reajustes em número superior de parcelas, desde que haja concordância entre as partes; não será exigida uma forma exata de comprovação, contudo deverá ser produzida prova inequívoca da ocorrência de uma dessas opções.

A medida não abarca os Planos exclusivamente odontológicos e os contratos coletivos empresariais que tenha 30 vidas ou mais nos quais a pessoa jurídica contratante tenha optado por não ter o reajuste suspenso e que o reajuste tenha sido aplicado nos meses de setembro a dezembro de 2020. Devido a excepcionalidade da medida, não se aplica a presente recomposição da suspensão dos reajustes de planos de saúde por variação de custos (anual) e por mudança de faixa etária, no período de setembro a dezembro de 2020, o disposto nos §§ do art. 9º, da Resolução Normativa – RN nº 171, de 29 de abril de 2008."



5 – METODOLOGIA APLICADA

As metodologias aplicadas por esta profissional são as constantes na **NBC TP-01** – Normas Técnicas da Perícia Contábil e **NBC PP-01** Normas Profissionais do Perito Contábil, de 03/2020, com fundamento no disposto na alínea “f” do Art. 6º. Do Decreto Lei-9.295/46, alterada pela Lei-12.249/10, do **CFC - Conselho Federal de Contabilidade**, aplicados como segue:

- Análise dos autos;
- Exame dos documentos juntados aos autos;
- Resposta aos quesitos formulados pelas partes;
- Elaboração de planilha de cálculo, Apêndices – I e II);
- Elaboração e Conclusão do Laudo Pericial.

6 – DILIGÊNCIAS REALIZADAS

Após exame minucioso dos autos, esta perita constatou que era necessária a apresentação de novos documentos.

Deste modo, esta profissional diligenciou junto a advogada da 1ª ré, requerendo os documentos faltantes.

Entretanto, não obteve êxito. A Drª Gleyce André Bráulio de Almeida Vital, advogada da 1ª ré, informou que não tem mais o contrato originário, pois houve uma migração entre administradoras e com a migração o contrato foi perdido.

7 – QUESITOS APRESENTADOS

7.1 - PELO JUÍZO:

O Juízo não apresentou rol de quesitos.

7.2 - PELA PARTE AUTORA (Fis. 620/621):

QUESITO Nº. 01:

Qual o contrato de saúde, em vigor, utilizado pela autora?

RESPOSTA:

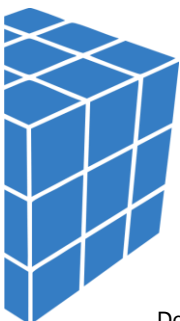
Após análise da cópia dos documentos apresentados, esta profissional constatou que o contrato em vigor, é o contrato juntado às fls. 695/7981 firmado com a 2ª ré.

QUESITO Nº. 02:

Esse contrato possui as mesmas características do celebrado pelo de cujus?

RESPOSTA:

Resposta prejudicada em parte, haja vista que apesar de requerido o a cópia do contrato firmado pelo de cujus, ele não foi apresentado.



Vale ressaltar, que conforme informado no item 6 deste laudo pericial, foi realizada diligência junto a advogada da 1ª ré para apresentação do contrato originário e seu manual do beneficiário, porém sem êxito.

Com base nas informações constantes na contestação da 1ª ré, pode ser constatado que as características dos contratos são supostamente diferentes, haja vista que o contrato firmado pela de cujos com a 1ª ré era um contrato coletivo e o contrato firmado com pela autora e a 2ª ré é um contrato individual.

Plano Individual: é aquele composto apenas de um BENEFICIÁRIO TITULAR, sendo este o próprio CONTRATANTE ou terceira pessoa menor de idade, em benefício do qual foi contratada a assistência, devidamente identificada na Proposta Contratual. O plano é contratado isoladamente pelo próprio beneficiário.

Plano Coletivo: é aquele que destina-se a atender um grupo de pessoas que fazem parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma entidade de classe. O plano é contratado pela administradora, em convenio com a Entidade.

QUESITO Nº. 03:

Quando do restabelecimento, em 2015 pela UNIMED, está deveria manter o mesmo contrato existente com a QUALICORP, com as mesmas características, inclusive o mesmo valore os mesmos reajustes?

RESPOSTA:

Resposta prejudicada em parte por tratar-se de matéria de mérito.

Entretanto, levando em conta a decisão do processo nº. 0073122-19.2015.8.19.0001 juntada às fls. 32, citada determina o a seguir: “condenando as rés, solidariamente, a restabelecer o plano de saúde originário, com permanência da cobrança do valor de mensalidade originário da dependente, com incidência apenas de reajustes anuais”.

QUESITO Nº. 04:

Se houveram obrigações impostas em sentença ou determinação judicial para que a autora ou a UNIMED restabelecessem o contrato?

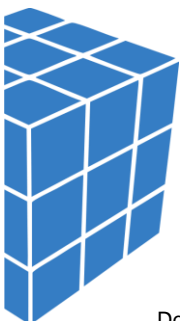
RESPOSTA:

Resposta prejudicada em parte por tratar-se de matéria de mérito.

Entretanto, levando em consideração a decisão do processo nº. 0073122-19.2015.8.19.0001 juntada às fls. 32, a citada determina que o contrato fosse restabelecido.

QUESITO Nº. 05:

No mês do aniversário é correto aplicar reajuste anual? Visto que segundo a ANS, é vedado aumento por faixa etária para aqueles que tem mais de 60 anos e mais de 10 anos de plano, como o caso da autora?



RESPOSTA:

Resposta prejudicada em parte por tratar-se de matéria de mérito.

Entretanto, levando em conta a decisão do processo nº. 0073122-19.2015.8.19.0001 juntada às fls. 32, que determina que fosse restabelecido o plano de saúde originário, partindo desse princípio, o contrato a ser considerado seria o contrato coletivo firmado pelo de cujos junto com a 1ª ré.

Apesar de requerido e diligenciado por esta profissional, o contrato originário não foi apresentado, não tendo como esta profissional saber a data de sua assinatura.

Com relação aos reajustes anuais, na data do aniversário do plano, esta perita não tem como afirmar se o mesmo é devido, haja vista que o contrato originário não foi apresentado.

Com relação a proibição de aumento por faixa etária para quem tem mais de 60 anos e mais de 10 anos de plano, o Conselho de Saúde Suplementar em sua CONSU nº 06 de novembro de 1998, dispõe sobre os critérios e parâmetros de variação das faixas etárias dos consumidores para efeito de cobrança diferenciada, bem como de limite máximo de variação de valores entre as faixas etárias definidas para planos e seguros de assistência à saúde.

Essa resolução estipula que o preço da última faixa de preço se dará aos 70 anos, estipula ainda em seu artigo segundo parágrafo primeiro que no caso dos reajustes por faixa etária também deverá ser observado o veto de reajuste para usuários acima 60 anos de idade que participam de um plano de saúde a mais de 10 anos.

“Art. 2º § 1º A variação de valor na contraprestação pecuniária não poderá atingir o usuário com mais de 60 (sessenta) anos de idade, que participa de um plano ou seguro há mais de 10 (dez) anos, conforme estabelecido na Lei nº 9.656/98. (Redação dada pela Resolução CONSU nº 15, de 1999).”

Entretanto esta resolução só é válida para contratos assinados entre janeiro de 1999 e janeiro de 2004.

Após janeiro de 2004, é prevista a aplicação do previsto na Resolução 63 da ANS de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

Essa resolução estipula que o valor fixado para última faixa de preço se dará aos 59 anos, estipula em seu artigo primeiro que o reajuste por faixa etária deverá observar a tabela de faixas do artigo segundo, e que também deverá ser observado, conforme artigo terceiro, o valor fixado para a última faixa etária que não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

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.

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. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

Na época da propositura da ação a autora tinha 70 anos, considerando a legislação, S.M.J., o reajuste estaria vedado.

QUESITO Nº. 06:

Qual (is) os reajustes aplicados no contrato da autora? Esses reajustes estão corretos ou incorretos?

RESPOSTA:

Após análise dos documentos apresentados, esta perita elaborou a planilha de cálculo (Apêndice – I) onde constatou o a seguir:

As Rés aplicaram o reajuste de faixa etária de 55,05%, em 02/2015, não podendo afirmar se o percentual aplicado está em consonância com o previsto em contrato. Aplicou também, com base somente nos boletos de cobrança apresentados e ficha financeira apresentada, os reajustes anuais de: 03/2015, 03/2016, 03/2017.

Deste modo, como não foi apresentado o contrato originário, tampouco o Manual do Beneficiário, a perícia não pode afirmar se os reajustes aplicados estão corretos.



QUESITO Nº. 07:

Comparando o valor quitado à QUALICORP em 2015, e aos valores quitados durante os anos de 2016, 2017, 2018, 2019 e 2020, há alguma irregularidade?

RESPOSTA:

Após análise dos documentos apresentados, esta perita constatou que não houve quitação dos anos acima apontados, o que houve foram depósitos judiciais efetuados pela autora, o que que não significa, S.M.J, quitação.

QUESITO Nº. 08:

O contrato da autora junto ao CREA e o restabelecido possuem as mesmas condições e características?

RESPOSTA:

Resposta prejudicada em parte, haja vista que apesar de requerido o a cópia do contrato firmado pelo de cujus o mesmo não foi apresentado.

Vale ressaltar, que conforme informado no item 6 deste laudo pericial, foi realizada diligência junto a advogada da 1ª ré para apresentação do contrato originário e seu manual do beneficiário, porém sem êxito.

Com base nas informações constantes na contestação da 1ª ré, pode ser constatado que as características dos contratos são supostamente diferentes, haja vista que o contrato firmado pela de cujus com a 1ª ré era um contrato coletivo e o contrato firmado com pela autora e a 2ª ré é um contrato individual.

Plano Individual: é aquele composto apenas de um BENEFICIÁRIO TITULAR, sendo este o próprio CONTRATANTE ou terceira pessoa menor de idade, em benefício do qual foi contratada a assistência, devidamente identificada na Proposta Contratual. O plano é contratado isoladamente pelo próprio beneficiário.

Plano Coletivo: é aquele que destina-se a atender um grupo de pessoas que fazem parte de uma categoria profissional, classista ou setorial e é vinculado a uma entidade de classe. O plano é contratado pela administradora, em convenio com a Entidade.

QUESITO Nº. 09:

Contratos vinculados a grandes instituições, tipo CREA, OAB possuem reajustes / índices diferenciados em relação a ANS?

RESPOSTA:

Como informado no quesito anterior, os planos coletivos que se destinam a atender um grupo de pessoas que fazem parte de uma categoria profissional.

Nos contratos coletivos por adesão, o cálculo de reajuste anual, conforme informado pela ANS, é feito por agrupamento.



Conforme pode ser constatado no site da ANS, o cálculo de reajuste anual é feito por agrupamento, esse índice é encontrado com base no custo do plano, sendo levado em consideração os Custos Médicos Hospitalares, o Custo com novas tecnologias e os Custos Operacionais em um determinado período.

Os índices de reajuste dos contratos coletivos por adesão são regulados pela ANS e pela Lei nº 9.656/98.

Entretanto, não são definidos pela ANS, haja vista que o índice é determinado a partir da negociação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde.

Diferente do plano de saúde individual no qual o reajuste é definido pela ANS.

QUESITO Nº. 10:

Poderia o nobre Expert esclarecer se há diferença de valores em contratos de saúde em planos aplicados aos cooperativados por adesão e/ou coletivo empresarial?

RESPOSTA:

Sim, existe diferença entre valores de planos individuais e cooperativados por adesão e/ou coletivo empresarial.

QUESITO Nº. 11:

Os valores cobrados pela UNIMED, estão de acordo com o contrato celebrado entre o Crea e o esposo falecido da autora?

RESPOSTA:

Resposta prejudicada, tendo em vista que o contrato firmado entre o CREA e o esposo falecido da autora.

Vale ressaltar, que o contrato firmado entre a autora e a Unimed, juntado aos autos às fls. 695/750, esta perita constatou que os valores cobrados estão de acordo com o contrato celebrado.

QUESITO Nº. 12:

Quais os percentuais que deverão ser aplicados anualmente no caso da autora?

RESPOSTA:

Com base nos documentos apresentados, sendo boletos do contrato originário, e arbitramento dos índices da ANS, esta perita elaborou a planilha de cálculo (Apêndice – I), onde demonstra os percentuais devidos pela autora, haja vista a decisão do processo nº. 0073122-19.2015.8.19.0001, juntada às fls. 32.

QUESITO Nº. 13:

O percentual pago pela autora, atualmente, está correto? Porque?

RESPOSTA:

Esta perita reporta-se as considerações finais deste laudo.



QUESITO Nº. 14:

O percentual cobrado pela UNIMED, atualmente, está correto? Porque?

RESPOSTA:

Esta perita reporta-se as considerações finais deste laudo.

QUESITO Nº. 15:

Quando do restabelecimento da UNIMED, esta passou a cobrar o valor correto? Se era incorreto, qual seria o valor a ser cobrado da autora, qual o valor cobrado a maior e o reajuste aplicado?

RESPOSTA:

Esta perita reporta-se as considerações finais deste laudo.

QUESITO Nº. 16:

Há algum débito a ser pago pela autora? Se positivo, qual o valor?

RESPOSTA:

Após análise de todos os documentos apresentados, sendo boletos do contrato originário, e índices da ANS, depósitos judiciais, esta perita elaborou a planilha de cálculo (Apêndice -I), onde demonstra o valor apurado apontado na conclusão deste laudo pericial.

QUESITO Nº. 17:

Poderia o nobre expert esclarecer algo mais que achar pertinente?

RESPOSTA:

Outros esclarecimentos esta perita presta nas Considerações Finais e Conclusão deste laudo pericial.

7.3 – PELA PARTE 1ª RÉ (Fls. 615/616):

QUESITO Nº. 01:

O reajuste por faixa etária é negociado entre a Administradora e Operadora de Plano de Saúde ou ele já é ficado em contrato?

RESPOSTA:

Após análise dos documentos juntados aos autos, esta profissional constatou o reajuste por faixa etária já fica convencionado em contrato.

QUESITO Nº. 02:

A variação por faixa etária existente em contrato obedece a alguma regra da ANS?

RESPOSTA:

Sim, a variação por faixa etária existente em contrato obedece a Resolução 63 da ANS de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

Telefones: (21) 3553-3087 / 98111-4988

E-mail: michelle@gottardopericias.com.br



QUESITO Nº. 03:

Existe algum limite percentual para ser aplicado na última faixa etária?

RESPOSTA:

Sim, o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

QUESITO Nº. 04:

Por que a última faixa etária possui os valores mais elevados que as demais faixas?

RESPOSTA:

Conforme descrito nas considerações técnicas deste laudo pericial, o equilíbrio financeiro do 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.

O reajuste por faixa etária é um dos fatores fundamentais para o equilíbrio financeiro, juntamente com outros critérios tais como, atualização no rol de procedimentos, custos com novas tecnologias, inclusão de medicamentos, entre outros.

Deste modo, geralmente, quanto mais idosa for a pessoa, maiores chances ela tem de precisar usar os serviços de saúde com mais frequência, o que justifica o percentual mais elevado.

Vale ressaltar que existem outros fatores como tipo de plano, abrangência do plano, que também determinam alteração e formação de custo.

7.4 – PELA PARTE 2ª RÉ (Fls. 623):

Queira o I. Expert prestar os devidos esclarecimentos acerca das questões abaixo suscitadas referentes à data da demanda em tela:

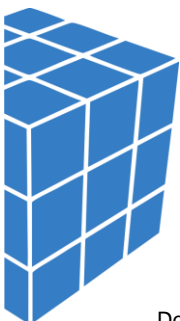
Reajuste por faixa etária:

QUESITO Nº. 01:

O reajuste aplicado obedeceu a legislação em vigor, qual seja, a lei 9.656/98?

RESPOSTA:

Resposta prejudicada em parte por tratar-se de matéria de mérito.



Entretanto, com a análise dos documentos aprestados, esta perita elaborou a planilha de cálculo, Apêndice – I) onde constatou que a 1ª Ré aplicou o reajuste de faixa etária 03/2015, e que a autora nessa época já tinha 70 anos, ferindo assim, SMJ, o previsto na lei 9.656/98.

Parágrafo único. É vedada a variação a que alude o caput para consumidores com mais de sessenta anos de idade, que participarem dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1o do art. 1o, ou sucessores, há mais de dez anos.

QUESITO Nº. 02:

Da referida lei, verifica-se a existência de índice máximo para a aplicação de reajuste por faixa etária.

RESPOSTA:

Sim, o valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, e a variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Entretanto, para os planos assinados antes de 1º de janeiro de 1999, o aumento por mudança de faixa etária somente poderá ser aplicado caso estejam previstas no contrato as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, ou se houver autorização do órgão competente.

QUESITO Nº. 03:

Poderia o Dr. Perito esclarecer quais são as condições estabelecidas pela legislação em vigor para reajuste por faixa etária nos contratos de planos de saúde?

RESPOSTA:

Resposta prejudicada tendo em vista tratar-se de matéria de mérito.

Entretanto, após janeiro de 2004, é prevista a aplicação do estabelecido na Resolução 63 da ANS de dezembro de 2003, que define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

Essa resolução estipula que o valor fixado para última faixa de preço se dará aos 59 anos, estipula em seu artigo primeiro que o reajuste por faixa etária deverá observar a tabela de faixas do artigo segundo, e que também deverá ser observado, conforme artigo terceiro, o valor fixado para a última faixa etária que não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

Art. 1º A variação de preço por faixa etária estabelecida nos contratos de planos privados de assistência à saúde firmados a partir de 1º de janeiro de 2004, deverá observar o disposto nesta Resolução.

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;

Telefones: (21) 3553-3087 / 98111-4988
E-mail: michelle@gottardopericias.com.br



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.

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. (Incluído pela RN nº 254, de 06/05/2011)

QUESITO Nº. 04:

O contrato firmado entre as partes, apresenta os percentuais de reajuste por variação de faixa etária? Em caso afirmativo, quais são os percentuais descritos no contrato?

RESPOSTA:

Resposta prejudicada tendo em vista que apesar de requerido, o contrato originário não foi apresentado pela 1ª ré.

QUESITO Nº. 05:

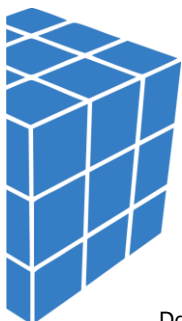
Qual foi o percentual aplicado?

RESPOSTA:

Com base nos documentos apresentados, sendo boletos do contrato originário, Manual do Beneficiário angariado em diligência, esta perita elaborou a planilha de cálculo (Apêndice – I), onde constatou que o percentual aplicado foi de 55,05%.

QUESITO Nº. 06:

Queira ainda, o Sr. Perito, ao final, prestar outros esclarecimentos que entender pertinentes para a solução da lide.



RESPOSTA:

Outros esclarecimentos esta perita presta nas Considerações Finais e Conclusão deste Laudo.

8- PREMISSAS DO CÁLCULO ELABORADO PELA PERITA

As premissas de cálculo apresentadas nas planilhas deste laudo seguem a legislação pertinente à matéria e normas técnicas contábeis vigentes.

- ✓ A planilha de cálculo (**Apêndice - I**) foi elaborada por arbitramento, com base nos documentos juntados aos autos para demonstração dos percentuais aplicados, e considerando os reajustes da ANS e glosando o reajuste por faixa etária, haja vista que o contrato originário tampouco o manual do beneficiário, não foram apresentados.
- ✓ A planilha de cálculo (**Apêndice - II**) foi elaborada para demonstrar os valores depositados em juízo pela autora.

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o cumprimento de sua obrigação, esta perita considerou as condições previstas no Manual do Beneficiário angariado em diligência ao site da 1ª ré, referente ao reajuste legal no contrato de plano de saúde coletivo por adesão, haja vista que o contrato originariamente firmado, não foi apresentado.

O contrato originário trata-se de um contrato coletivo de adesão, que conforme esclarecido do item considerações técnicas tem característica e metodologia de reajuste diferente do plano individual.

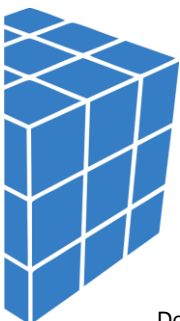
O contrato firmado com a segunda ré trata-se de um contrato individual familiar.

A Sentença proferida no processo nº. 0073122-19.2015.8.19.0001, juntada aos autos às fls. 39, determinou que o contrato originário firmado com a 1ª ré fosse reestabelecido.

O contrato coletivo de adesão, firmado com a 1ª ré, apesar de requerido, não foi apresentado. Em diligência realizada junto a 1ª ré, a advogada Dra. Gleyce André Braulio de Almeida Vital, informou que a 1ª ré não tem mais o contrato originário, pois houve uma migração entre administradoras e com a migração o contrato foi perdido.

Deste modo, para constatação dos reajustes por faixa etária e reajustes anuais, esta perita considerou por arbitramento, o previsto no Manual do Beneficiário angariado no site da 1ª ré (Anexo – I).

No momento do ajuizamento da ação a autora tinha 70 (setenta) anos de idade, vez que sua data de nascimento é 06/04/1945, conforme cópia do documento juntado às fls. 15 dos autos.



No Manual do beneficiário angariado no site da 1ª ré, há previsão dos seguintes reajustes: Reajuste Anual, (financeiro e ou por índice de sinistralidade), Reajuste por mudança de faixa etária e Reajustes em outras hipóteses desde que autorizados pela ANS, conforme pode ser constatado no capítulo 11 do manual.

Com a elaboração da planilha de cálculo (Apêndice – I), foi constatado que a 1ª ré aplicou no contrato em questão reajuste por faixa etária, conforme previsto no capítulo 11 do manual.

Constatou que o reajuste por faixa etária contratado para a faixa etária de 59 anos ou mais foi de 52,63%, e o praticado em 02/2015 foi de 55,05%.

Com relação aos reajustes anuais, esta profissional constatou que os percentuais aplicados estavam idênticos com os publicados pela ANS para planos individuais.

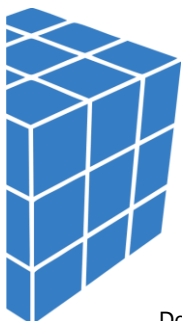
Entretanto, vale ressaltar, que o plano originário trata-se de um plano coletivo, e que o cálculo de reajuste anual é feito por agrupamento, os índices são encontrados com base no custo do plano, sendo levado em consideração os Custos Médicos Hospitalares, o Custo com novas tecnologias e os Custos Operacionais em um determinado período.

Não foram elaborados os cálculos para o custo efetivo do contrato e possível constatação do reajuste informado em possíveis aditivos, os mesmos não foram apresentados, tampouco os relatórios da prestação de contas do contrato originário e os relatórios onde são demonstrados os custos médico-hospitalares, de administração, de comercialização e de outras despesas incidentes sobre a operação do plano de saúde para apuração exata do índice reajuste praticado não foram apresentados.

10- CONCLUSÃO

Após minucioso estudo, exame de toda a documentação acostada aos autos, metodologia contábil, com base nas Resoluções 1.243 e 1.244/09 das Normas Profissionais da Perícia Contábil NBC PP -01 e NBC TP – 01, elaboração das planilhas de cálculo (**Apêndices – I e II**), esta perita concluiu seu trabalho, a saber:

- ✓ Com a elaboração da planilha de cálculo (Apêndice – I), foi constatado que a operadora do plano de saúde aplicou no contrato em questão reajuste por faixa etária no percentual de 55,05%, momento em que autora tinha 69 anos;
- ✓ A perícia não tem como afirmar se o percentual praticado está em consonância com o contratado, haja vista que o contrato originário não foi apresentado pela 1ª ré;
- ✓ Com base no Manual do Beneficiário angariado no site da 1ª ré, o percentual previsto para faixa etária de 59 anos ou mais seria de 52,63%, conforme capítulo 11 do manual do beneficiário (Anexo – I);



- ✓ Como não foi apresentado o contrato originário, tampouco o manual do beneficiário firmado entre as partes, esta profissional glosou na planilha de cálculo (Apêndice – I) o reajuste de faixa etária, haja vista a ausência de documento;
- ✓ Com relação aos reajustes anuais, após elaboração da planilha de cálculo (Apêndice-I), esta perita constatou que os percentuais aplicados estavam em conformidade com os percentuais da ANS para planos individuais;
- ✓ Na decisão de fls. 606, este juízo determinou que fosse elaborada nova planilha o valor da prestação de acordo com o contrato celebrado entre as partes, bem como a existência de débito da parte autora;
- ✓ Tomando como base o determinado na decisão do processo nº. 0073122-19.2015.8.19.0001 juntada às fls. 32, que determina que fosse restabelecido o plano de saúde originário, partindo desse princípio, o contrato considerado seria o contrato coletivo firmado pelo de cujos junto com a 1ª ré, mesmo através de diligência realizada, o contrato originário não foi apresentado, desta forma esta profissional elaborou os cálculos com os documentos existentes nos autos e angariados em diligência no site da 1ª ré;
- ✓ Com a elaboração da planilha de cálculo (Apêndice – I), esta perita apurou, com base nos documentos existentes nos autos, um total devido até 12/2020 de:

R\$ 114.578,43

(cento e quatorze reais, quinhentos e setenta e oito reais e quarenta e três centavos)

- ✓ As rés cobraram no mesmo período R\$ 138.487,91, havendo assim uma diferença cobrada a maior de R\$ 23.909,49.

⇒ Diferença a maior cobrada pela 1ª ré R\$ 1.597,25

⇒ Diferença a maior cobrada pela 2ª ré R\$ 22.312,23

- ✓ Com a elaboração da planilha de cálculo (Apêndice – II), esta perita demonstra os valores depositados judicialmente pela autora, que monta um total até 01/2021 de:

R\$ 106.208,21

(Noventa e dois mil, quatrocentos e noventa e cinco reais e noventa centavos)

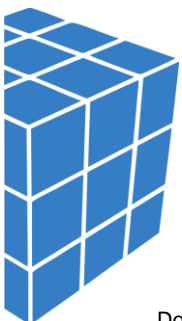
Diante do acima exposto, considerando o valor devido pela autora no período de 02/2015 a 12/2020, de R\$ 114.578,43, deduzido do valor total depositado judicialmente, conforme relacionado no (Apêndice – II), de R\$ 106.208,21, a autora ainda tem um saldo devido a pagar de:

R\$ 8.370,22

(Oito mil, trezentos e setenta reais e vinte e dois centavos)

Telefones: (21) 3553-3087 / 98111-4988

E-mail: michelle@gottardopericias.com.br



11 – ENCERRAMENTO

Assim, é dado por encerrado o presente Laudo Pericial, com 23 (vinte e três) laudas, 02 (dois) apêndice e 02 (dois) anexos. Colocando-se à inteira disposição de V. Ex^a., e demais interessados para quaisquer esclarecimentos no deslinde da questão.

Nestes termos,

Pede Deferimento.

Rio de Janeiro, 06 de abril de 2021

MICHELLE DOS SANTOS POVOAS GOTTARDO

Perita Judicial TJ/RJ nº. 3469
CNPJ nº 3418
Contadora
CRC-101.695/O-6/RJ
CPF-086.401.237-30

