

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA REGIONAL DA BARRA DA TIJUCA- RJ

PROCESSO Nº 0009239-80.2020.8.19.0209

Aline da Rocha Gonçalves, Perita Atuarial, membro do Instituto Brasileiro de Atuária – IBA registro MIBA 1584, Perita deste Juízo, nos autos do processo em epígrafe, movido por **MAURICIO CARVALHO DE ANDRADE** em face de **GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA**, tendo concluído o seu **Laudo Pericial**, vem solicitar a sua juntada aos Autos para os devidos fins legais, requerendo a V.Exa. a expedição de **Ofício de Ajuda de Custo** em favor da Perita

Dados Bancários:

Aline da Rocha Gonçalves – CPF 019.478.207-70

Banco: 001 – Banco do Brasil

Ag. 1577-6

Conta corrente: 7148-X


ALINE DA ROCHA GONÇALVES
PERITA JUDICIAL
Atuária - MIBA 1584
CPF 019.478.207-70

LAUDO PERICIAL

Na forma como segue:

1. Dos Fatos em Litígio

Trata-se de **AÇÃO REVISIONAL COM PEDIDO DE TUTELA DE URGÊNCIA CUMULADA COM PEDIDO DE DANOS MATERIAIS E MORAIS** proposta por **MAURICIO CARVALHO DE ANDRADE** em face de **GRUPO HOSPITALAR DO RIO DE JANEIRO LTDA**, pelos motivos narrados na inicial, a saber:

Em Petição Inicial apresentada em fls. 03/14 afirma o Autor firmou contrato de plano de saúde da empresa ré em março de 2018 no valor de R\$942,33 (novecentos e quarenta e dois reais e trinta e três centavos), possui 59 anos completos em setembro de 2019 e em setembro de 2020 fará 60 anos, sendo que sua companheira é sua dependente, Heloisa Bezerra Dias.

Além do reajuste pelo critério etário em outubro 2019, já que o mudou de faixa etária em 2019, ocorreu reajuste anual em março 2019 e março 2020, razão pela qual houve a reclamação junto a RÉ, por entender abusivo o aumento de 55 % no período de 2 anos, a qual informou que estaria “correto” tais incrementos. Em abril de 2018, o plano estava no valor de R\$942,33 (novecentos e quarenta e trinta e três centavos), em março de 2019 passou a custar R\$1070,02 (um mil e setenta reais e dois centavos), posteriormente em outubro de 2019 o contrato foi reajustado para R\$1404,80 (um mil, quatrocentos e quatro reais e oitenta centavos), já que este completou anos. Em março de 2020, fora reajustado para R\$1.590,23 (um mil, quinhentos e noventa reais e vinte e três centavos), reajuste anual.

Alega em sua manifestação o Autor que somente fora permitido o reajuste em 10% anual pela ANS em 2018. Embora o contrato preveja reajuste de 20% para

mudança de faixa etária para 58 anos, e posteriormente um incremento de 50,6%, ou seja, o equilíbrio econômico contratual está excessivo em detrimento do autor. Houve aumento de 55% (cinquenta e cinco por cento) em dois anos.

“Do exposto requer a V. Exa.:

a) A concessão do benefício de gratuidade de justiça, nos termos do artigo 98 do NCPC;

c) A citação da RÉ, para responder a presente, sob pena de revelia;

d) A inversão do ônus da prova, nos termos do artigo 6º inciso VIII do CDC;

d.1) A concessão de tutela de urgência, para que a RÉ se abstenha de cobrar indevidamente o reajuste abusivo, já que houve aumento de 20% (vinte por cento) e 31% (trinta e um por cento) em menos de dois anos, quando na realidade, a RÉ reajustou 55,82% (cinquenta e cinco, oitenta e dois por cento) com os reajustes anuais, sob pena de multa diária de R\$ 500,00 (quinhentos reais), e após que seja convertida em definitiva a tutela de urgência, na forma do artigo 300 do NCPC;

f) Que seja realizada audiência de mediação;

g) Que seja JULGADO PROCEDENTE O PEDIDO, para condenar a RÉ ao pagamento de R\$ 10.000 (dez Mil Reais), de danos morais para AUTORA, em virtude de reajuste abusivo de mais do que inflação acumulada,

h) A revisional de reajuste abusivo devendo haver a repetição de indébito ao final, sobre o valor de R\$ 1321,76 (um mil, trezentos e vinte e um reais e setenta e seis centavos), bem como as que vencerem no curso do processo por ser questão de trato sucessivo;

j) A condenação da RÉ em custas e honorários advocatícios.”

Com sua peça inicial apresentou o contrato celebrado entre as partes e documentações complementares. Apresentou seus quesitos em fl. 15.

A Ré apresentou sua contestação em fls. 82/97 na qual afirma que as pretensões autorais estão fadadas ao insucesso, todas as atualizações havidas no plano do autor são lícitas e devidas, em observância às normas da ANS e contrato vigente, cabendo enaltecer ainda que o Autor restou devidamente cientificado que o valor de mensalidade é reajustado levando em conta sua faixa etária, além de sofrer atualização anual. Alega que os reajustes encontram-se em conformidade ao estipulado pela ANS, uma vez que expressamente previstos em contrato, não havendo outro destino a esta demanda que não a total improcedência.

Relata que o plano do autor é um plano coletivo, ou seja, o percentual do reajuste é através de estudo realizado pela operadora ré, de acordo com as cláusulas contratuais acima, o reajuste que a parte autora alega ser indevido tem previsão contratual, tendo o mesmo plena ciência dos percentuais aplicados no momento da assinatura da proposta de adesão. Sendo assim, não houve qualquer abusividade, de modo que a Operadora Ré não infringiu qualquer normativa vigente, pelo contrário, agiu no exercício regular de seu direito, fazendo-se cumprir o contrato e a normativa em vigor, uma vez que ambos os reajustes visam à atualização das mensalidades com base no aumento dos custos da Operadora, um pela inflação, reajuste anual, com percentual determinado pela ANS, e o outro, reajuste por faixa etária, baseado em que é fato

notório que, quanto maior a idade, maior a probabilidade de utilização de serviços médicos e, portanto, maior o risco assumido pela operadora.

*“Pelo exposto, requer o Réu seja **o pedido autoral julgado IMPROCEDENTE.**”*

Protesta por todos os meios de prova admitidos em direito, principalmente pela produção de prova pericial atuarial e documental.”

Apresentou documentação complementar juntamente com sua contestação.

Em Decisão de fl. 209, foi determinada a prova pericial:

“Partes legítimas e bem representadas. Presentes as condições para o legítimo exercício do direito de ação, bem como os pressupostos para o desenvolvimento válido e regular do processo, DECLARO SANEADO O FEITO e defiro a produção de prova documental suplementar e prova pericial atuarial.

Venha a prova documental no prazo de dez dias, sob pena de preclusão.

Faculto às partes a apresentação de quesitos e a indicação de assistentes técnicos, no prazo de dez dias.

Nomeio como Perita a Dra. Aline da Rocha Gonçalves (e-mail a.rochapericias@gmail.com).

Após o decurso do prazo para apresentação dos quesitos, deverá ser a Perita intimada para dizer se aceita o encargo e apresentar proposta de honorários, cientificando-a da gratuidade de justiça deferida à parte autora.”

A parte Ré apresentou seus quesitos em fl. 223.

Posteriormente em Decisão de 04/08/2021, fl. 198, foi a Il. Expert nomeada:

“Considerando a necessidade de especialidade em ciências atuarial revogo a nomeação do perito Waldemi Domingos de Lima Gomes e nomeio em substituição a Dr^a ALINE DA ROCHA GONÇALVES - MIBA1584, email: a.rochapericial@gmail.com, que deverá ser intimada para dizer se aceita o encargo e estipular os honorários periciais, nos termos da decisão de fls. 176/177.”

A Ré apresentou seus quesitos em fls. 184/186.

Intimada a Il. Perita para a apresentação de seu laudo pericial, o que faz na presente oportunidade.

2. Do Objetivo da Perícia

O presente trabalho tem como escopo verificar a regularidade dos reajustes aplicados pela parte Ré, considerando os normativos específicos e o exame dos documentos trazidos aos autos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

impossibilidade de evitar por completo os riscos decorrentes dos males que ameaçam a sua higidez, o consumidor opta por partilhá-los com outros.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

levando a operadora ao risco de insolvência do mercado, expondo os usuários do serviço ao desamparo.

3. Dos Exames Realizados

Ciente dos fatos em litígio, a Perita examinou toda a documentação carreada aos autos, que instruiu o presente trabalho pericial.

4. Resposta aos quesitos apresentados pelas partes

A parte Autora apresentou seus quesitos em fl. 15.

A parte Ré apresentou seus quesitos em fl. 223.

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

4.1 – Quesitos Apresentados pela Parte Autora – Fl. 15

1- “Queira informar o aumento no contrato de plano de saúde do AUTOR aumentado em 20% (vinte por cento), e posteriormente 50,6% (cinquenta, seis por cento) me menos de um ano? A majoração se encontra desproporcional? Esta majoração é indevida está acima da inflação? Em caso positivo o porquê houve tal discrepância?”

Resposta: O reajuste aplicado ao contrato do Autor não está limitado a um percentual pré-estabelecido ou ao percentual divulgado pela ANS, que apenas aplica-se aos contratos individuais/familiares.

O contrato do Autor é na modalidade coletivo empresarial, conforme documentação apresentada pelo mesmo em fls. 24/70. Não é possível a Il. Perita afirmar se o reajuste é desproporcional ou abusivo e está acima da inflação, pois os reajustes aplicados ao contrato debatido na presente demanda judicial não são limitados pela inflação ou outro índice geral.

2- "Em caso positivo, quanto o REQUERIDO deverá devolver a AUTORA? Inclusive sobre a repetição do indébito prevista no artigo 42 do CDC;"

Resposta: De acordo com contrato celebrado entre as partes e legislação atinente ao tema, os reajustes para a modalidade contratual não são limitados por percentual determinado e estão pactuados em contrato. Assim, não há quaisquer valores a serem devolvidos ou repetidos ao Autor.

3- "O cálculo atuarial realizado pela RÉ está equivocado?"

Resposta: Negativa é a resposta.

4- "Houve a devida prestação de contas aos consumidores, ora AUTORA e ou repasse de informações sobre o aumento abusivo anteriormente ao reajuste? Este aumento for a superior a inflação?"

Resposta: Queira reportar-se ao exarado em quesito 1.

5- *“Queira fazer outros esclarecimentos que se façam necessários”*

Resposta: Nada mais acrescentar.

4.2 – Quesitos Apresentados pela Parte Ré – Fl. 223

01 *“Queira o Sr. Perito esclarecer se o reajuste aplicado é compatível com o contrato e condições gerais;”*

Resposta: Afirmativa é a resposta.

02 *“Queira o Sr perito esclarecer se alguma irregularidade foi praticada pela Operadora.”*

Resposta: Negativa é a resposta.

04 *“Queira o Sr Perito informar o que mais considerar necessário.”*

Resposta: Nada mais a acrescentar.

4. Considerações Finais

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

O Autor em sua manifestação inicial questiona os valores praticados pela Ré em reajuste anuais aplicados e em reajuste por mudança de faixa etária.

O plano de saúde do Autor é na modalidade coletivo empresarial. Na qual, os reajustes anuais aplicados não são limitados pelo que determina a ANS, sendo esses percentuais “tabelados” aplicáveis apenas aos planos de saúde na modalidade Individual/Familiar. Sendo conforme Cartilha elaborada pela ANS descrito o que segue:

“Planos coletivos empresariais ou por adesão com mais de 30 beneficiários: o percentual é definido em negociação entre as operadoras e as pessoas jurídicas contratantes – empresas, associações, sindicatos ou entidades de classe.”

Os reajustes praticados para os períodos debatidos na presente demanda judicial estão em consonância o que prevê legislação vigente.

Diante de todo o exposto é do entendimento da perícia que as alterações nos valores do plano de saúde do autor ocorreram de acordo com a legislação vigente e os normativos do plano, não havendo ilegalidade e não sendo os reajustes aplicados limitados aos percentuais estabelecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde.

5. Encerramento

E nada mais havendo a acrescentar, encerro o presente Laudo em 15 (quinze) folhas digitadas de um só lado, ficando a Perita à disposição deste Juízo para prestar quaisquer outros esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2023.



ALINE DA ROCHA GONÇALVES

PERITA JUDICIAL

Atuária - MIBA 1584