

Augusto Carlos Diniz Costa Filho
Francisco Henrique
Ramires de Barros Barreto

PERÍCIA EM PLANOS DE SAÚDE

Uma abordagem contábil e atuarial

2026

 EDITORA
*Jus*PODIVM
www.editorajuspodivm.com.br

7.6.3. Aspectos Periciais Relevantes – Checklist de Verificação

Sob a perspectiva da perícia contábil, a verificação da regularidade do reajuste aplicado exige a análise sistemática dos seguintes elementos:

Quanto ao reajuste anual de plano individual: (i) existência de ofício autorizativo da ANS para o período de aniversário correspondente; (ii) confronto entre o percentual aplicado e o índice máximo autorizado, verificando se houve extrapolação; (iii) verificação da data de aplicação em relação ao mês de aniversário e eventual cobrança retroativa, com controle do limite de dois meses; e (iv) consistência do reajuste aplicado sobre franquias e coparticipações em relação ao índice autorizado para a contraprestação principal.

Quanto ao reajuste anual de plano coletivo: (i) existência de cláusula contratual que defina índice ou metodologia de reajuste de forma clara e auditável; (ii) para contratos no agrupamento: confronto entre o percentual divulgado pela operadora e o aplicado ao contrato específico, verificando unicidade do índice; (iii) para contratos fora do agrupamento: verificação do critério contratual e disponibilidade da memória de cálculo; e (iv) periodicidade mínima de doze meses entre reajustes.

Quanto à variação por faixa etária: (i) identificação da data de celebração do contrato e da norma aplicável; (ii) verificação dos percentuais de variação previstos em contrato; (iii) confirmação de que o beneficiário efetivamente ingressou na nova faixa etária na data de aplicação; e (iv) nos contratos pós-RN nº 63/2003, verificação do respeito às restrições de variação acumulada entre faixas e ao limite de seis vezes.

A ausência de memória de cálculo ou de cláusula clara de reajuste no contrato coletivo constitui óbice à verificação pericial e deve ser consignada como limitação de escopo no laudo,

com indicação da diligência necessária para suprimento da informação.

7.7. REAJUSTE EM PLANOS OPERADOS POR AUTOGESTÃO

Os planos operados sob a modalidade de autogestão submetem-se ao mesmo arcabouço regulatório da ANS no que concerne às modalidades de reajuste (anual e por faixa etária), às regras de periodicidade mínima e às vedações aplicáveis. Contudo, existem particularidades estruturais que diferenciam o tratamento contábil-pericial do reajuste nessa modalidade.

A autogestão caracteriza-se pela ausência de finalidade lucrativa na operação do plano: o fundo constituído pelas contribuições dos beneficiários e, quando existente, do patrocinador, deve ser suficiente para a cobertura das despesas assistenciais e administrativas sem geração de superávit sistemático. O equilíbrio financeiro não se dá pela maximização de resultado, mas pela adequação das contribuições ao custo efetivo da carteira.

7.7.1. Particularidades Normativas

Nos planos de autogestão, não se considera reajuste – para fins de contagem da periodicidade mínima de doze meses – a variação positiva da contraprestação que decorra exclusivamente do aumento da remuneração do beneficiário, quando a contribuição for calculada sobre a remuneração (art. 25, § 2º, da RN nº 557/2022). Da mesma forma, nos planos patrocinados por entes da administração pública direta ou indireta, não se considera reajuste o aumento decorrente exclusivamente da elevação da participação financeira do patrocinador (art. 25, § 3º).

O mês de aniversário do contrato, para fins de reajuste, corresponde ao mês de aprovação do regulamento ou da assinatura do convênio de adesão, conforme art. 22, III, da RN nº 562/2022.

7.7.2. Aspectos Periciais Específicos

A verificação pericial em planos de autogestão demanda análise adicional em relação às operadoras comerciais. A ausência de lucro como finalidade não implica ausência de necessidade de equilíbrio: ao contrário, exige que o perito avalie se o percentual de reajuste aplicado corresponde à variação real dos custos assistenciais da carteira própria, e não a índice genérico de mercado descolado da sinistralidade observada.

Os elementos documentais essenciais à instrução pericial em autogestão incluem: demonstrativo de sinistralidade do período anterior ao reajuste, balancete ou demonstrativo financeiro da entidade, atas do órgão deliberativo que aprovou o percentual de reajuste, regulamento do plano com cláusula de reajuste vigente, e, quando aplicável, o demonstrativo da variação da remuneração dos beneficiários ou da cota-parte do patrocinador.

7.8. POSTURA PERICIAL NOS LITÍGIOS DE REAJUSTE

O perito que atua em litígios de reajuste em planos de saúde deve preservar, em todo momento, a postura de especialista independente comprometido com a verdade contábil e atuarial dos fatos – sem se deixar capturar pela narrativa de qualquer das partes. A operadora tem interesse em demonstrar que o reajuste é necessário e metodologicamente correto; o beneficiário tem interesse em demonstrar o contrário. Ao perito cabe apurar o que os dados revelam.

Os três eixos tratados neste capítulo – sinistralidade, variação de custos e fator etário – convergem em um ponto comum: todos dependem de dados contábeis auditáveis e de metodologia transparente para serem verificados. Quando os dados existem e a metodologia é consistente, o perito pode confirmar ou corrigir os valores aplicados com precisão aritmética. Quando os dados são lacunosos ou a metodologia é opaca, o perito deve descrever essa condição com objetividade, sem preencher as lacunas com hipóteses sem suporte.

MODELOS DE QUESITOS E CASOS PRÁTICOS COMENTADOS

Os capítulos anteriores construíram o arcabouço metodológico, normativo e comunicativo da perícia em saúde suplementar. Este capítulo tem natureza instrumental: oferece ao perito modelos de quesitos completos – com formulações de resposta no padrão laudo – organizados pelas tipologias de lide mais frequentes, seguidos de casos práticos com dados numéricos ilustrativos que permitem verificar a aplicação dos protocolos descritos ao longo da obra.

A distinção deste capítulo em relação ao Capítulo 3, que também apresentou casos práticos, é de ênfase e função. O Capítulo 3 priorizou a metodologia pericial por tipologia – o que verificar, como documentar, como estruturar a análise. Este capítulo prioriza o produto final do trabalho pericial: a resposta técnica precisa ao quesito formulado e a conclusão quantificada apresentável ao Juízo. Os modelos são genéricos por necessidade – cada processo tem sua especificidade –, mas as estruturas de resposta são diretamente adaptáveis à prática.

Nota metodológica: todos os valores numéricos utilizados nos casos práticos são fictícios e têm finalidade exclusivamente didática. Qualquer semelhança com processos reais é coincidência. As referências normativas, índices e procedimentos de cálculo são reais e atualizados à data de elaboração desta obra.

PARTE I – MODELOS DE QUESITOS POR TIPOLOGIA DE LIDE

8.1. TIPOLOGIA 1: REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA EM PLANO INDIVIDUAL (PÓS-RN 63/2003)

Esta é a tipologia de maior volume no contencioso de saúde suplementar. O objeto pericial é a verificação matemática dos dois testes previstos no Art. 3º da RN nº 563/2022. As respostas abaixo pressupõem que a tabela contratual foi juntada aos autos e que os dados são suficientes para verificação direta – portanto, perícia de verificação, não de arbitramento.

Juízo – Quesito 1: *A tabela de faixa etária constante do instrumento contratual atende aos limites previstos no Art. 3º, incisos I e II, da Resolução Normativa ANS nº 563/2022?*

Resposta: A análise matemática da tabela contratual juntada aos autos (ID [XXX]) demonstra os seguintes resultados: Teste I – razão entre o valor da décima faixa etária (F10: 59 anos ou mais) e o valor da primeira faixa etária (F1: 0 a 18 anos) = R\$ [X,XX] / R\$ [Y,YY] = [Z,ZZZ]. O limite normativo é de 6,000 (seis vezes). Resultado: [APROVADO / REPROVADO – razão apurada de Z,ZZZ supera/é inferior ao limite]. Teste II – variação acumulada entre a sétima faixa (F7: 44 a 48 anos) e a décima faixa (F10) = [A,A]%; variação acumulada entre a primeira faixa (F1) e a sétima faixa (F7) = [B,B]%. O inciso II veda que a variação acumulada F7→F10 supere a variação acumulada F1→F7. Resultado: [APROVADO / REPROVADO – variação F7→F10 de A,A% é superior/inferior à variação F1→F7 de B,B%]. Conclusão: a tabela contratual [atende integralmente / não atende ao Inciso I / não atende ao Inciso II / não atende a ambos os incisos] do Art. 3º da RN nº 563/2022.

Autor – Quesito 1: *Qual o valor que deveria ter sido cobrado a título de mensalidade caso a tabela etária observasse os limites normativos?*

Resposta: A formulação deste quesito pressupõe a construção de uma tabela hipotética compatível com os limites da RN nº 563/2022, o que envolve opção metodológica sobre a forma de redistribuição dos percentuais. A título de parâmetro técnico subsidiário – sem que isso implique manifestação sobre a validade ou nulidade da cláusula, matéria de mérito a ser decidida pelo Juízo –, adotou-se como critério a compressão proporcional dos percentuais excedentes ao limite de 6,000 entre F1 e F10. Com esse critério, o valor hipotético da décima faixa resultaria em R\$ [W,WW], contra R\$ [X,XX] aplicado pela operadora, diferença de R\$ [V,VV] por competência. A tabela hipotética completa com os percentuais recalculados integra o Anexo [X] deste laudo.

Ré – Quesito 1: *A previsão de reajuste por variação de faixa etária encontra suporte no instrumento contratual firmado entre as partes?*

Resposta: O instrumento contratual juntado aos autos (ID [XXX]) contém, na Cláusula [Y] / Anexo [Z], tabela de faixas etárias com os respectivos percentuais de variação entre elas. A existência de previsão contratual expressa de variação por faixa etária está, portanto, documentalmente confirmada nos autos. A análise da validade, eficácia e extensão dessa previsão frente às normas regulatórias e ao Estatuto do Idoso é matéria de mérito a ser apreciada pelo Juízo.

Ré – Quesito 2: *O reajuste aplicado observou a periodicidade contratual e regulamentarmente prevista?*

Resposta: A análise dos boletos/extratos de pagamento juntados aos autos (IDs [XXX] a [YYY]) demonstra que o reajuste por variação de faixa etária foi aplicado na competência [mês/ano], correspondente ao mês em que o beneficiário atingiu a faixa etária [F_n] – [idade] anos. A periodicidade de aplicação, portanto, está associada ao evento etário e não a um ciclo anual fixo.

A verificação quanto à conformidade com o prazo mínimo de doze meses entre reajustes anuais por variação de custos é tratada nos quesitos seguintes, pois constitui mecanismo distinto do reajuste etário.

8.2. TIPOLOGIA 2: REAJUSTE ANUAL EM PLANO COLETIVO POR SINISTRALIDADE – ARBITRAMENTO

Esta tipologia é a mais comum nos processos de grande impacto financeiro. A operadora aplica reajuste elevado sem apresentar memória de cálculo suficiente. A perícia é de arbitramento. Os quesitos e respostas abaixo são estruturados para o cenário mais recorrente: extrato pormenorizado presente nos autos, mas sem memória de cálculo da sinistralidade meta.

Juízo – Quesito 1: *O reajuste de [X]% aplicado pela operadora ao contrato objeto desta lide possui fundamentação técnica e atuarial verificável nos documentos acostados aos autos?*

Resposta: Não. Os documentos apresentados pela operadora em resposta à diligência deferida pelo Juízo (petição ID [AAA], resposta ID [BBB]) incluem o extrato pormenorizado e a Nota Técnica Atuarial de Registro do Produto (NTRP). O extrato pormenorizado indica o índice de [X]% como resultado da aplicação da fórmula de reajuste técnico, com sinistralidade apurada de [S1]% e sinistralidade meta de [S2]%. Todavia, os documentos não contêm: (i) a memória de cálculo da sinistralidade apurada – ausente a base de dados com as receitas e despesas mensais do pool de risco no período de doze meses de observação; (ii) a fundamentação técnica ou atuarial para a sinistralidade meta de [S2]% adotada, exigida pelo Art. 15, Inciso I, da RN nº 509/2022; e (iii) a identificação dos contratos que compõem o agrupamento, com os dados individualizados de sinistralidade. Em face dessa insuficiência documental, não é possível, pelo método da verificação direta, confirmar ou infirmar o índice de [X]% aplicado.

A perícia adotou, em consequência, o método de arbitramento com parâmetros técnicos de mercado, detalhado no Item [X] deste laudo.

Juízo – Quesito 2: *Qual seria o percentual de reajuste tecnicamente referenciado para o contrato no período em questão, considerando os parâmetros de mercado disponíveis?*

Resposta: Adotando-se como parâmetros técnicos substitutivos: (i) para o componente de variação de custos médico-hospitalares, o índice VCMH/IESS de [V]% para o período de [mês/ano] a [mês/ano] (Série Histórica IESS – Variação de Custos Médico-Hospitalares, publicada em [data], disponível em [endereço]); e (ii) para o componente de sinistralidade, a faixa de sinistralidade média para contratos coletivos de perfil similar, conforme Painel de Precificação da ANS para planos coletivos empresariais, competência [ano] – sinistralidade média de [P]% –, o recálculo da mensalidade resultaria em reajuste de [R]%, contra [X]% aplicado pela operadora, diferença de [D] pontos percentuais. A tabela comparativa de cenários integra o Anexo [X] deste laudo. O perito não indica qual cenário deve prevalecer – essa definição é de competência exclusiva do Juízo.

Autor – Quesito 1: *A operadora cumpriu as obrigações de transparência e informação previstas na RN nº 509/2022?*

Resposta: A RN nº 509/2022, em seus Arts. 14 e 15, estabelece as informações que devem constar do extrato pormenorizado fornecido ao contratante antes da aplicação do reajuste técnico. A verificação do extrato juntado aos autos (ID [XXX]) apura o seguinte: (i) o percentual de reajuste resultante está indicado – presente; (ii) o período de observação da sinistralidade – presente; (iii) a sinistralidade apurada do pool – presente; (iv) a sinistralidade meta utilizada – presente, porém sem fundamentação técnica ou atuarial para o percentual adotado; (v) os contratos que compõem

o agrupamento – ausente; (vi) a memória de cálculo da variação de custos médico-hospitalares própria da operadora – ausente. O extrato pormenorizado fornecido ao contratante, portanto, atende parcialmente às exigências do Art. 15 da RN nº 509/2022, com ausência dos itens (v) e (vi) acima identificados. A qualificação jurídica dessa constatação – se configura descumprimento e quais suas consequências – é matéria de mérito a ser apreciada pelo Juízo.

Ré – Quesito 1: *O índice VCMH/IESS utilizado pelo perito como parâmetro substitutivo reflete a realidade do contrato em análise?*

Resposta: O índice VCMH/IESS não foi adotado como substituto do índice de variação de custos específico da operadora – ele foi adotado como parâmetro de referência de mercado, em caráter de arbitramento, precisamente porque a operadora não apresentou, em resposta à diligência (ID [AAA]), a memória de cálculo que demonstrasse seu próprio índice de variação de custos médico-hospitalares para o período, conforme exigido pelo Art. 15, Inciso II, da RN nº 509/2022. O VCMH/IESS representa a variação média ponderada dos custos médico-hospitalares apurada sobre uma amostra representativa do mercado nacional de saúde suplementar – não é um índice específico do contrato, mas é o parâmetro público disponível de maior representatividade setorial para a comparação em questão. Caso a operadora apresente, nesta fase, memória de cálculo completa do seu próprio VCMH para o período de apuração correspondente, o Juízo poderá determinar análise complementar desse documento.

8.3. TIPOLOGIA 3: REAJUSTE EM PLANO INDIVIDUAL REGULAMENTADO – VERIFICAÇÃO DO IRPI

Tipologia de verificação direta: o perito confronta o percentual aplicado com o IRPI autorizado pela ANS para o

período de aniversário correspondente. A lide tipicamente envolve a aplicação de percentual superior ao autorizado, cobrança retroativa irregular, ou reajuste sem ofício autorizativo.

Juízo – Quesito 1: *O percentual de reajuste aplicado pela operadora no mês de aniversário do contrato estava dentro do limite autorizado pela ANS para o período correspondente?*

Resposta: O contrato objeto desta perícia é classificado como plano individual regulamentado, com mês de aniversário em [mês]. O índice IRPI autorizado pela ANS para contratos com aniversário no período de [mês/ano] a [mês/ano] foi de [IRPI]%, conforme Portaria/Resolução ANS publicada no Diário Oficial da União em [data] (DOE [referência]). O percentual aplicado pela operadora na competência [mês/ano] foi de [AP]%, conforme boleto/extrato juntado aos autos (ID [XXX]). Comparação: percentual aplicado = [AP]%; limite IRPI = [IRPI]%; diferença = [AP - IRPI] pontos percentuais. O percentual aplicado [está dentro do limite / supera em [D] pontos percentuais o limite] autorizado pela ANS para o período.

Autor – Quesito 1: *Qual o valor das mensalidades pagas em excesso no período questionado, considerando o limite do IRPI como parâmetro?*

Resposta: Adotando-se como parâmetro o IRPI autorizado pela ANS para cada período de aniversário do contrato entre [mês/ano] e [mês/ano], o recálculo das mensalidades apura diferença de R\$ [TOTAL] entre o valor cobrado e o valor que resultaria da aplicação do índice máximo autorizado, conforme planilha analítica no Anexo [X] deste laudo. A planilha demonstra, para cada competência: a mensalidade cobrada, a mensalidade recalculada pelo IRPI do período, a diferença mensal e o fator de atualização aplicado à data-base de [data]. O total apurado, atualizado pela [tabela de correção definida pelo Juízo], é de R\$ [TOTAL CORRIGIDO]. O perito não emite opinião sobre a devolução

desses valores – essa definição é de competência do Juízo.

Ré – Quesito 1: *O reajuste aplicado foi precedido de ofício autorizativo da ANS?*

Resposta: Não foram juntados aos autos, nem apresentados em resposta à diligência (ID [AAA]), documentos que comprovem a obtenção de ofício autorizativo da ANS previamente à aplicação do reajuste de [AP]% na competência [mês/ano]. A ausência de ofício autorizativo é fato processualmente verificável a partir dos autos. A consequência jurídica dessa ausência – se o reajuste é indevido ou se há efeito meramente formal – é matéria de mérito a ser apreciada pelo Juízo.

8.4. TIPOLOGIA 4: COPARTICIPAÇÃO – APURAÇÃO DE COBRANÇA INDEVIDA

A coparticipação é mecanismo legítimo de moderação da demanda, mas frequentemente dá origem a litígios quando aplicada a eventos expressamente excluídos pela regulamentação ou cobrada em valores superiores ao contratado. O perito verifica a base legal e a conformidade contratual de cada cobrança.

Juízo – Quesito 1: *As cobranças de coparticipação efetuadas no período questionado estão em conformidade com o instrumento contratual e com a regulamentação aplicável?*

Resposta: A análise das cobranças de coparticipação identificadas nos extratos de utilização (IDs [XXX] a [YYY]) e confrontadas com o instrumento contratual (ID [ZZZ]) e com a Resolução CONSU nº 8/1998 apura o seguinte: (i) [N1] cobranças de coparticipação referentes a consultas médicas em regime de urgência – a RN nº 387/2015 veda a cobrança de coparticipação ou

franquia em atendimentos de urgência e emergência, independentemente de previsão contratual em sentido contrário; (ii) [N2] cobranças com percentual de [X]% sobre o valor do procedimento, superior ao percentual de [Y]% previsto na Cláusula [Z] do contrato; e (iii) [N3] cobranças de coparticipação em consultas de retorno dentro de [prazo] dias da consulta inicial, em desconformidade com o Art. [X] da RN nº 465/2021. O valor total das cobranças nos itens (i), (ii) e (iii) é de R\$ [TOTAL], conforme tabela analítica no Anexo [X] deste laudo.

Autor – Quesito 1: *Qual o valor total cobrado indevidamente a título de coparticipação no período analisado?*

Resposta: Com base na análise descrita na resposta ao Quesito [X] do Juízo, o valor total das cobranças de coparticipação identificadas como desconformes com o contrato ou com a regulamentação aplicável é de R\$ [TOTAL NOMINAL]. Atualizado pela [tabela de correção definida pelo Juízo] até a data-base de [data], o valor corrigido é de R\$ [TOTAL CORRIGIDO], conforme planilha analítica no Anexo [X].

8.5. TIPOLOGIA 5: NEGATIVA DE COBERTURA – APURAÇÃO DO DESEMBOLSO DO BENEFICIÁRIO

O papel do perito contábil nessa tipologia é circunscrito: apurar o desembolso efetivo do beneficiário com o procedimento cuja cobertura foi negada, não emitir opinião sobre a obrigação de cobertura – esta é questão de mérito. A perícia é contábil pura quando há recibos e notas fiscais; é parcialmente estimativa quando a documentação é incompleta.

Juízo – Quesito 1: *Qual o valor efetivamente desembolsado pelo beneficiário com o procedimento objeto da negativa de cobertura?*

Resposta: Com base nos documentos juntados aos autos – notas fiscais (IDs [AAA] a [BBB]), recibos de honorários médicos (IDs [CCC] a [DDD]) e comprovantes de pagamento (IDs [EEE] a [FFF]) –, o valor total desembolsado pelo beneficiário com o procedimento de [descrição], realizado em [data] na instituição [nome], é de R\$ [TOTAL], discriminado como: honorários médicos R\$ [V1], taxas hospitalares R\$ [V2], materiais e medicamentos R\$ [V3], exames complementares R\$ [V4]. Atualizado pela [tabela de correção definida pelo Juízo] até [data-base], o valor corrigido é de R\$ [TOTAL CORRIGIDO]. Não foram identificados nos autos documentos de pagamento referentes a [eventuais itens ausentes], razão pela qual esses valores não integram a apuração.

Autor – Quesito 1: *O valor cobrado pela instituição é compatível com os padrões praticados pelo mercado para o procedimento em questão?*

Resposta: A verificação da compatibilidade do valor cobrado com os padrões de mercado requer referência paramétrica. Adotou-se como parâmetro a [Tabela CBHPM / Tabela AMB / tabela de reembolso da própria operadora para procedimentos similares], que indica, para o procedimento de [descrição / código TUSS], faixa de valor de R\$ [MIN] a R\$ [MAX]. O valor efetivamente cobrado de R\$ [V] [está dentro / situa-se acima / situa-se abaixo] dessa faixa de referência. O perito ressalva que as tabelas de referência são parâmetros indicativos e não vinculantes, e que a definição sobre a razoabilidade do valor para fins de reembolso integral ou parcial é matéria de mérito a ser apreciada pelo Juízo.

PARTE II – CASOS PRÁTICOS COMENTADOS

8.6. CASO PRÁTICO 1: REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA COM VIOLAÇÃO DO TESTE I

Enquadramento: contrato individual regulamentado, firmado em março de 2008 (regime RN 63/2003). Beneficiária completa 59 anos em outubro de 2024 e é enquadrada na décima faixa (F10). O plano cobra R\$ 3.890,00 na nova faixa. A beneficiária questiona a regularidade do enquadramento.

Dados contratuais – tabela de faixas etárias:

Faixa	Idade	Mensalidade (R\$)	Var. s/ faixa ant.	Var. acumulada s/ F1	Ratio s/ F1
F1	0 a 18 anos	520,00	–	–	1,000
F2	19 a 23 anos	624,00	+20,0%	+20,0%	1,200
F3	24 a 28 anos	748,80	+20,0%	+44,0%	1,440
F4	29 a 33 anos	898,56	+20,0%	+72,8%	1,728
F5	34 a 38 anos	1.078,27	+20,0%	+107,4%	2,074
F6	39 a 43 anos	1.293,92	+20,0%	+148,8%	2,488
F7	44 a 48 anos	1.552,71	+20,0%	+198,6%	2,986
F8	49 a 53 anos	2.017,52	+30,0%	+288,0%	3,880
F9	54 a 58 anos	2.622,78	+30,0%	+404,4%	5,044
F10	59 anos ou mais	3.890,00	+48,3%	+647,7%	7,481

Aplicação dos dois testes:

Teste I – Razão F10/F1: R\$ 3.890,00 / R\$ 520,00 = 7,481.
Limite normativo: 6,000. Resultado: REPROVADO. A razão

apurada de 7,481 supera o limite de 6,000 fixado pelo Inciso I do Art. 3º da RN nº 563/2022 em 1,481 pontos.

Teste II – Variação acumulada F7→F10: $(3.890,00 / 1.552,71) - 1 = 150,5\%$. Variação acumulada F1→F7: $(1.552,71 / 520,00) - 1 = 198,6\%$. Como $150,5\% < 198,6\%$, o Teste II está APROVADO.

Conclusão técnica: *A tabela contratual não atende ao Inciso I do Art. 3º da RN nº 563/2022, com razão apurada de 7,481 entre a décima e a primeira faixa etária, superior ao limite de 6,000. O descumprimento implica que a mensalidade máxima admissível na décima faixa seria de $R\$ 520,00 \times 6,000 = R\$ 3.120,00$, resultando em cobrança mensal de $R\$ 770,00$ além do parâmetro normativo ($R\$ 3.890,00 - R\$ 3.120,00$). O perito não emite opinião sobre a nulidade da cláusula ou sobre o critério de substituição – essas são questões de mérito a serem apreciadas pelo Juízo.*

8.7. CASO PRÁTICO 2: REAJUSTE COLETIVO POR SINISTRALIDADE – ARBITRAMENTO COM VCMH/IESS

Enquadramento: contrato coletivo empresarial com 45 beneficiários, aniversário em março. A operadora aplica reajuste de 38,50% em março de 2024. O contratante contesta o índice. A diligência retorna extrato pormenorizado sem memória de cálculo da sinistralidade nem identificação do pool.

Dados disponíveis nos autos:

- Extrato pormenorizado: sinistralidade apurada = 91,3%; sinistralidade meta = 72,0%; reajuste técnico = 38,50%.
- VCMH/IESS para o período mar/2023–fev/2024: 14,2% (IESS – Variação de Custos Médico-Hospitalares, publicação jan/2024).