



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

**PARECER Nº 07/2019**

Belo Horizonte, 28 de março de 2019.

**ASSUNTO:** PAAF nº MPMG-0024.18.008051-7

### 1. DOS FATOS

Trata-se de solicitação encaminhada pela Promotoria de Justiça Única de Tombos/MG à Assessoria Jurídica do Procon-MG, requerendo atuação conjunta no Processo Administrativo nº MPMG-0692.15.000021-8 instaurado em razão de notícias de aumento abusivo, no importe de 160,99%, das mensalidades do Contrato Coletivo sem Patrocinador praticado pela Unimed Vale do Carangola.

Posto isto, passa-se à análise das questões suscitadas na presente demanda.

### 2. DOS FUNDAMENTOS

#### 2.1. Da aplicação do Código de Defesa do Consumidor

A Constituição Federal, em seu artigo 199, consagra o Sistema Único de Saúde (SUS) como responsável pelos serviços públicos de saúde, entretanto permite a assistência à iniciativa privada, observe:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

Deste modo, o sistema de saúde vigente no Brasil é híbrido, coexistindo a interação entre o serviço público e o serviço privado. O usuário do sistema público de saúde se utiliza do SUS, fiscalizado pelo Ministério da Saúde, enquanto quem utiliza do



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

sistema de plano de saúde é considerado consumidor do Sistema de Saúde Suplementar, que é fiscalizado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A par do disposto na Carta Magna, a Lei Federal nº 9.656/1998 é a norma responsável por regulamentar os planos e seguros privados de assistência à saúde, estabelecendo dois modelos de prestação de serviços: os individuais e os coletivos. Estes últimos se subdividem em dois tipos: empresariais e coletivos por adesão.

A modalidade de plano de saúde coletivo por adesão é a que se refere o presente procedimento. Esta modalidade possui como principal característica o fato de o serviço ser oferecido por uma pessoa jurídica, de caráter profissional, classista ou setorial a um determinado grupo de pessoas através de um contrato entabulado entre eles.

Em que pese existir a interveniência de um terceiro, é nítido que o liame existente entre o usuário que adere ao plano de saúde e a administradora dele configura relação de consumo, porquanto ambos preenchem os requisitos previstos no Código de Defesa do Consumidor, veja-se:

Art. 2º Consumidor é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.

Parágrafo único. Equipara-se a consumidor a coletividade de pessoas, ainda que indetermináveis, que haja intervindo nas relações de consumo.

Art. 3º Fornecedor é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.

§ 1º Produto é qualquer bem, móvel ou imóvel, material ou imaterial.

§ 2º Serviço é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista.

Dessa forma, considerando-se que o plano de saúde administra o dinheiro dos clientes, sejam eles pessoas físicas ou jurídicas, bem como que faz a intermediação entre sua rede de prestadores e os beneficiários do plano, é indubitável a relação de consumo existente nesses tipos de contrato.



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Caracterizada a relação de consumo, é possível analisar as alegações dos associados, sob a égide do Código de Defesa do Consumidor, no sentido de que a operadora Unimed aplicou índice de reajuste abusivo.

### **2.2. Da impossibilidade de aplicação dos índices de reajuste estipulados pela ANS para os planos coletivos**

Como demonstrado no tópico anterior, os contratos de plano de saúde se dividem em individuais e coletivos, estes últimos são caracterizados pela existência da possibilidade de livre pactuação das cláusulas contratuais por parte das pessoas jurídicas e das operadoras de plano de saúde.

Diante da liberdade contratual e da suposta igualdade horizontal existente nessa relação jurídica, a ANS se abstém de definir os índices de reajuste para essa categoria e se limita apenas a exercer seu poder de polícia para fiscalizar e acompanhar tais índices. Isso ocorre, também, porque o referido órgão pressupõe que, nesta modalidade de contratação, o poder de negociação entre a empresa contratante e a operadora de plano de saúde é mais equilibrado do que nos planos individuais.

A Resolução Normativa nº 171 de 29 de abril de 2008 da ANS prevê que os reajustes dos planos individuais devem ser autorizados por ela, enquanto os reajustes dos planos coletivos devem apenas ser informados ao órgão, veja-se:

Art. 2º Dependerá de prévia autorização da ANS a aplicação de reajustes das contraprestações pecuniárias dos planos individuais e familiares de assistência suplementar à saúde que tenham sido contratados após 1º de janeiro de 1999 ou adaptados à Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 13. Para os planos coletivos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, com formação de preço **pré-estabelecido**, assim definidos pelo item 11.1 do anexo II da Resolução Normativa - RN nº 100, de 3 de junho de 2005, independente da data da celebração do contrato, deverão ser informados à ANS:

- I – os percentuais de reajuste e revisão aplicados; e
- II – as alterações de co-participação e franquia.

Art. 14. Os reajustes das contraprestações pecuniárias dos contratos coletivos deverão ser comunicados à ANS **pela** internet de acordo com os procedimentos previstos na Instrução Normativa nº 13, de 21 de julho de 2006, da DIPRO, ou em outra norma que venha a substituí-la.



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Assim, nos contratos coletivos por adesão o papel desempenhado pela ANS é de apenas acompanhar e fiscalizar o reajuste aplicado, não sendo possível que os índices de reajuste aplicados aos planos individuais também incidam sobre o contrato coletivo. Nesse sentido, tem-se o entendimento consolidado da jurisprudência, observe:

AGRAVO INTERNO. AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. RAZÕES QUE NÃO ENFRENTAM O FUNDAMENTO DA DECISÃO AGRAVADA. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. REAJUSTE ANUAL. SINISTRALIDADE. LIMITAÇÃO AOS ÍNDICES DA ANS. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES.

1. As razões do agravo interno não enfrentam adequadamente o fundamento da decisão agravada.

2. É "possível o reajuste de contratos de saúde coletivos sempre que a mensalidade do seguro ficar cara ou se tornar inviável para os padrões da empresa contratante, seja por variação de custos ou por aumento de sinistralidade" (AgRg nos EDcl no AREsp 235.553/SP, Rel. Ministro RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA, TERCEIRA TURMA, julgado em 2/6/2015, DJe de 10/6/2015).

3. O Superior Tribunal de Justiça possui orientação no sentido de que, no plano coletivo, o reajuste anual é apenas acompanhado pela ANS, para fins de monitoramento da evolução dos preços e de prevenção de abusos, não havendo que se falar, portanto, em aplicação dos índices previstos aos planos individuais. Precedentes.

4. Agravo interno a que se nega provimento.

(STJ- AgInt no AGRADO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.155.520 - SP 017/0221645-3, RELATORA MINISTRA MARIA ISABEL GALLOTTI, Data de Julgamento: 07/02/2019, QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJe 15/02/2019). (Sem grifos no original).

Desta forma, conclui-se que não é possível que os índices estipulados pela agência reguladora ANS, para os planos individuais, sejam também aplicados aos contratos de plano de saúde coletivo, ante a diferença da liberdade contratual existente e natureza jurídica dos contratos avençados.

### 2.3. Da eventual ilegalidade dos reajustes estipulados pela Unimed

Para análise da existência de ilegalidade nos reajustes estipulados pela Unimed, é necessário que sejam verificados tanto os aspectos formais, quanto os aspectos materiais que ensejaram o patamar atingido pelo índice do reajuste. Nesta análise, limitar-se-á a tecer comentários acerca das questões jurídicas que envolvem reajuste aplicado.



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

É cediço, como mencionado anteriormente, que os índices aplicados nos contratos coletivos são oriundos de cláusulas contratuais livremente pactuadas entre a operadora de plano de saúde e a pessoa jurídica adquirente, podendo o valor da mensalidade sofrer reajustes de acordo com as deliberações realizadas pelas partes.

Diuturnamente, as operadoras de saúde praticam reajustes nos planos sempre que ocorre a mudança na faixa etária do segurado ou quando a utilização do grupo contratante no ano anterior foi acima do esperado, o que recebe a denominação de sinistralidade.

O aumento das mensalidades em virtude da faixa etária é regulamentado pela ANS através da Resolução Normativa nº 63/2003 e da Resolução- CONSU nº 06/1998, enquanto o aumento por sinistralidade não possui previsão normativa específica, sendo apenas previsto nos contratos avençados e abrangido de forma indireta em algumas normas da ANS, como a Resolução Normativa nº 171 e a Instrução Normativa – DIPRO nº 13/2006.

No presente caso, o que ensejou a justificativa para o reajuste de 160,99% foi a sinistralidade. O reajuste por sinistralidade é exclusivo aos planos coletivos e consiste em uma fórmula utilizada para calcular um índice de reajuste a ser aplicado sobre a mensalidade, caso a despesa anual que a operadora teve com o grupo de beneficiários ultrapasse determinado percentual de receita do mesmo período.

Para verificar a legalidade do reajuste realizado pela operadora de plano de saúde, é necessário que (i) haja previsão contratual para as possibilidades de reajuste, (ii) sejam obedecidas as normas criadas pela ANS (iii) e que sejam observados critérios proporcionais.

No que tange à **previsão contratual**, o contrato de prestação de serviços médicos hospitalares juntado à f.58 prevê a possibilidade de incidência de reajuste tanto pelo IGP-M, quanto pela sinistralidade, observe:

### CAPÍTULO II

Da Variação Dos Valores

SEÇÃO I Do Reajuste

Art. 61- Nos termos da lei, o valor das mensalidades e inscrições será reajustado anualmente, levando-se em conta os índices de elevação de preços observados para cada componente do custo, que também **poderá ser**



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

revisto se houver utilização comprovada acima da média normal, acréscimo de novos métodos de elucidação diagnóstica e tratamento ou aumento comprovado dos custos dos serviços contratados que venha a afetar o equilíbrio econômico-financeiro deste contrato, com a devida comunicação à ANS.

Art. 62- A mensalidade será reajustada, na periodicidade legal, de acordo com variação do IGP-M (Índice Geral de Preços do Mercado), segmento saúde, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas, ou ainda, na falta deste, por outro índice que reflita a perda do poder aquisitivo da moeda no período, observando-se as determinações da ANS. (Sem grifos no original).

Conforme se infere da cláusula 61, o reajuste estipulado pela Unimed possui previsão contratual de aumento de valor da mensalidade em razão do maior uso dos serviços pela categoria da qual o usuário é participante (sinistralidade), o que demonstra que, pelo menos em tese, houve o assentimento bilateral quanto à cláusula e que o reajuste possui respaldo contratual, sem adentrar ao mérito da legalidade ou não da cláusula.

Quanto ao procedimento realizado para o reajuste, a ANS prevê algumas formalidades necessárias que devem ser observadas por parte das operadoras para que o reajuste seja considerado válido. A Instrução Normativa nº 13 de 21 de julho de 2006 define os procedimentos a serem adotados para comunicação àquele órgão sobre os índices de reajuste. Nesse sentido, dispõe o art. 2º da referida norma:

Art. 2º Os reajustes aplicados aos planos coletivos independentemente do número de beneficiários da carteira da operadora, deverão ser comunicados à ANS por meio de aplicativo RPC, pela Internet, trimestralmente, nos seguintes prazos:

- I - os reajustes aplicados em março, abril e maio deverão ser comunicados até o dia 30 de junho subsequente;
- II - os reajustes aplicados em junho, julho e agosto deverão ser comunicados até o dia 30 de setembro subsequente;
- III - os reajustes aplicados em setembro, outubro e novembro deverão ser comunicados até o dia 31 de dezembro subsequente; e
- IV - os reajustes aplicados em dezembro, janeiro e fevereiro deverão ser comunicados até o dia 31 de março subsequente.

Ademais, é uma exigência do órgão que os percentuais de reajuste reflitam necessariamente o reajuste aplicado pela operadora, não podendo esta comunicar à ANS um percentual e depois aplicar outro superior ou inferior ao informado, conforme dispõe o artigo 4º da instrução normativa supramencionada.





## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

É de sobremodo importante assinalar que a aplicação de um novo reajuste também deve obedecer aos ditames do Código de Defesa do Consumidor, em especial ao princípio da devida informação, a fim de não surpreender os contratantes com o aumento abusivo do percentual. Com efeito, o artigo 16 da Resolução Normativa nº 171/2008 da ANS também prevê:

Art. 16. Os boletos e faturas de cobrança com a primeira parcela reajustada dos planos coletivos, deverão conter as seguintes informações:

I – se o plano é coletivo com ou sem **patrocínio**, conforme o caso, de acordo com definição prevista no anexo II da **Resolução Normativa - RN nº 100**, de 3 de junho de 2005;

II – o nome do plano, nº do registro do plano na ANS ou código de identificação no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, e número do contrato ou da apólice;

III - data e percentual do reajuste aplicado ao contrato coletivo;

IV – valor cobrado; e

V – que o reajuste será comunicado à ANS em até trinta dias após sua aplicação, por força do disposto nesta Resolução.

Por sua vez, o artigo 16 da Lei Federal nº 9.656/1998, dispositivo legal responsável por regulamentar os planos de assistência à saúde, também prevê que os critérios do reajuste aplicado devem estar indicados com clareza, *in verbis*:

Art. 16. Dos contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos de que tratam o inciso I e o §1º do art. 1º desta Lei devem constar dispositivos que indiquem com clareza:

XI - os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias.

Outro ponto importante a destacar é a obrigatoriedade que as operadoras de plano de saúde possuem de não reajustar nenhum contrato com menos de 12 meses, mesmo que tenha existido grande sinistralidade no ano anterior, bem como que não haja aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano do contrato, conforme dispõem os arts. 19 e 20, respectivamente, da Resolução Normativa nº 195/2009.

Questão mais controvertida na atualidade diz respeito à **proporcionalidade dos índices** aplicados pelas operadoras dos planos de saúde, isso porque não existem limites ou parâmetros para estabelecer os reajustes por sinistralidade, o que pode levar, em muitos casos, à distorção e falta de clareza na apuração das porcentagens, favorecendo o aumento unilateral e onerando excessivamente o consumidor.



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Embora os reajustes sejam necessários para manter o equilíbrio contratual e não onerar unilateralmente as operadoras de plano de saúde, tem-se que eles devem ser feitos na medida certa para, por outro lado, não onerarem também o consumidor e gerar um desequilíbrio para a parte que é considerada vulnerável.

O reajuste a ser aplicado deve manter o contrato viável para ambos contratantes, sem ficar demasiadamente oneroso para um ou para outro, devendo sempre haver vigilância pela boa-fé e utilizar-se dos parâmetros de proporcionalidade e razoabilidade para não surpreender o consumidor com valores que comprometam seu orçamento.

O aumento repentino e elevado no preço das mensalidades evidencia desequilíbrio contratual, uma vez que os segurados são a parte mais fraca da relação jurídica e, muitas vezes, se sucumbem à vontade das seguradoras, tendo como opção apenas aceitar os reajustes aplicados ou cancelar o contrato de plano de saúde. Isso ocorre principalmente porque muitos planos coletivos são, na verdade, planos individuais sob a "máscara" de planos coletivos, propriamente com o intuito de não serem regulamentados pela ANS, que confere uma maior proteção aos planos individuais.

O Superior Tribunal de Justiça tem admitido o reajuste das mensalidades, desde que o reajuste seja feito com parâmetros proporcionais para não deixar o consumidor em desvantagem excessiva, observe:

AGRAVO INTERNO NOS EMBARGOS DE DECLARAÇÃO NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. TRABALHADOR APOSENTADO. ART. 31 DA LEI Nº9.656/98. CUSTEIO INTEGRAL. REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ADMISSIBILIDADE. AFERIÇÃO DE EVENTUAL ABUSIVIDADE DEVE SER FEITA PELA CORTE DE ORIGEM.

1. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998). Os valores de contribuição, todavia, poderão variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com os que a ex-empregadora tiver que custear.

2. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, quando do julgamento do REsp nº 1.280.211/SP, firmou o entendimento de ser, em princípio, idôneo o reajuste de mensalidade de plano de saúde em razão da mudança





## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

de faixa etária do participante, pois com o incremento da idade há o aumento de risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica. **Entretanto, para evitar abusividades, devem ser observados alguns parâmetros, como a expressa previsão contratual; não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso, dado que aumentos elevados sobretudo para essa última categoria poderá, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e serem respeitadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais (Resolução CONSU nº 6/98 ou Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS).**

3. Uma vez afastado o entendimento do acórdão acerca da impossibilidade de reajuste por faixa etária, devesse a Corte local, com base nas provas dos autos e no contrato firmado entre as partes, analisar se o reajuste por faixa etária aplicado no caso concreto **atende** ou não aos parâmetros estabelecidos pelo STJ no julgamento do REsp nº 1.280.211/SP, para fins de aferição de eventual abusividade.

4. Agravo interno não provido.

(STJ- AgInt nos EDcl no AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL Nº 1.073.880 – SP 2017/0064770-1, RELATOR: MINISTRO LUIS FELIPE SALOMÃO, Data de Julgamento: 13/06/2017, QUARTA TURMA, Data de Publicação: DJE 19/06/2017).  
(Sem grifos no original).

É bem verdade que para definir se há efetivamente abusividade ou não é necessário que ocorra a comprovação pormenorizada dos cálculos que compõem o índice e, logo em seguida, seja realizado cálculo atuarial que demonstrará se houve eventuais excessos ou abusividades.

A jurisprudência tem se posicionado no sentido de que o fato de o reajuste já ter sido estabelecido em índice elevado não impede a possibilidade de que ele seja revisto judicialmente, quando houver indícios de abusividade.

Nesse sentido, cumpre observar que o Código de Defesa do Consumidor, em seu art. 6º, assegura o princípio do equilíbrio contratual ao prever a possibilidade de colocar em situação de equilíbrio pessoas socialmente e economicamente distintas, com viabilidade de revisão das cláusulas contratuais que estabeleçam prestações que se tornem excessivamente onerosas.

Deste modo, podem os associados pedir a revisão do reajuste que considerarem excessivo, a fim de restabelecer o equilíbrio contratual e afastar eventuais abusividades no contrato.

Impende destacar ainda que o contrato de plano de saúde é uma obrigação de trato sucessivo por prazo indeterminado, ou seja, há uma execução periódica por se



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

tratar de um contrato que se prolonga no tempo, sendo os direitos e obrigações dele exercidos por tempo indeterminado e de modo sucessivo também.

Nesse sentido, como no caso do aumento por sinistralidade a operadora de plano de saúde tem ciência prévia do aumento das despesas que existiu no ano anterior, o ideal seria que o reajuste não fosse aplicado de uma só vez para não comprometer as despesas orçamentárias dos segurados.

Assim, seria razoável que quando a operadora tivesse conhecimento de que o reajuste do próximo ano seria muito elevado, em vez de aplicá-lo de uma só vez, ela o aplicasse de forma parcelada para não surpreender os segurados e não os onerar excessivamente.

Deste modo, ao firmar um contrato de plano de saúde, o consumidor possui como objetivo se assegurar de que quando necessitar obterá a cobertura do plano para os procedimentos necessários, não podendo ser surpreendido com um aumento expressivo de mensalidade que irá lhe forçar a rescindir o contrato por não ter condições de pagar a mensalidade.

Destarte, é possível concluir que, apesar de o reajuste estar devidamente previsto no contrato, não aparenta ser razoável abrir margem para que as seguradoras possam praticar aumentos demasiadamente elevados, uma vez que não se afigura nos moldes da boa-fé contratual, a estipulação de índice de reajuste em percentual exorbitante e muito acima da inflação, o que gera sobrecarga no orçamento mensal do consumidor.

### **2.4. Da necessidade de agrupamento para os planos coletivos**

Cumprido destacar, por fim, que a ANS por meio da Resolução Normativa nº 309/2012 estabeleceu as regras para fins de cálculo e aplicação de reajustes anuais para os contratos dos planos coletivos com menos de 30 beneficiários, assim dispondo:

Art. 3º É obrigatório às operadoras de planos privados de assistência à saúde formar um agrupamento com todos os seus contratos coletivos com menos de 30 (trinta) beneficiários para o cálculo do percentual de reajuste que será aplicado a esse agrupamento.



## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Art. 4º Ressalvada a hipótese prevista no artigo 5º, a operadora, após a apuração da quantidade de beneficiários prevista no artigo 6º, calculará um único percentual de reajuste, que deverá ser aplicado para todo o agrupamento dos seus contratos coletivos, independentemente do plano contratado.

Essa determinação surgiu porque alguns contratos coletivos com poucos segurados se tornavam muito dispendiosos quando uma pessoa precisava fazer uso demasiado da cobertura securitária e gerava um reajuste elevado no ano seguinte para todos. Com a nova determinação, todos os planos coletivos devem ser agrupados em, pelo menos, 30 vidas, visando diluir esses riscos e diminuir os impactos do uso excessivo por uma pessoa.

Deste modo, sugere-se que seja analisada a quantidade de beneficiários no contrato de seguro acordado entre a operadora de plano de saúde Unimed e os associados da Associação Comercial, Industrial e Agropecuária de Tombos, a fim de verificar se há mais de 30 beneficiários agrupados, o que reduziria o impacto dos reajustes.

### 3. CONCLUSÃO

Por todo exposto, conclui-se que:

1. De acordo com o posicionamento jurisprudencial, é possível que as operadoras de plano de saúde façam reajustes nas mensalidades dos planos por motivos de sinistralidade, ficando ressalvada a hipótese de revisão do reajuste para os casos em que forem aplicados índices abusivos;
2. Embora seja possível fazer o reajuste, não é razoável que o aumento calcado em um índice elevado ocorra de uma vez, na medida em que não se pode fazer uma revisão em benefício da operadora se a vantagem por ela aferida gerar uma desvantagem excessiva ao consumidor;
3. O índice de reajuste estipulado de 160,99% aparenta se encontrar fora dos padrões de proporcionalidade, sem prejuízo de que a Promotoria de Justiça

*[Assinatura]*





## MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

consulente aprofunde, em sede pericial, acerca da exatidão do cálculo atuarial que ensejou tal índice, bem como que seja verificada pelos interessados a possibilidade de realizar a revisão judicial dos índices considerados abusivos;

4. Os contratos de plano de saúde coletivos devem ser unificados com pelo menos 30 vidas, o que automaticamente diminui o impacto do reajuste para os assegurados. Por esse motivo, para constatar irregularidades, sugere-se que seja verificado se há esse agrupamento, bem como se as demais formalidades descritas no tópico 2.3 foram devidamente observadas.

É o parecer.

  
Christiane Vieira Soares Pedersoli  
Analista do MPMG  
Assessoria Jurídica/Procon-MG  
Coordenação

  
Camila Oliveira Souza  
Estagiária de Pós-Graduação em Direito  
Assessoria Jurídica/Procon-MG  
Coordenação