

AO PROCON MARACANAÚ

GOVERNO MUNICIPAL DE MARACANAÚ - CEARÁ

NÚMERO DE ATENDIMENTO: 2508056400100067301

Reclamante: **MARIA JOSE DO NASCIMENTO OLIVEIRA, CPF Nº 416.983.553-00**

Reclamada: **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A.**

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A., pessoa jurídica de direito privado, com sede em Fortaleza, capital do estado do Ceará, na Av. Heráclito Graça, nº 406, Centro, inscrita no CNPJ sob o nº 63.554.067/0001-98, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 36.825-3, vem, perante esse Douto Órgão de Defesa do Consumidor, respeitosamente, apresentar **DEFESA ESCRITA** nos autos da reclamação em epígrafe, nos termos abaixo desenvolvidos.

RECLAMAÇÃO.

A Sra. Maria Jose do Nascimento Oliveira registrou reclamação junto ao Procon, alegando que o valor da mensalidade de seu plano de saúde aumentou R\$ 800,00 (oitocentos reais) em abril de 2025 e, no mês seguinte, aumentou mais R\$ 200,00 (duzentos reais), o que considera desproporcional.

Aduz que entrou em contato com a Reclamada e foi informada de que o primeiro aumento decorreu de um reajuste aplicado a cada 4 (quatro) anos e outro decorreu do reajuste anual.

Ao final, a consumidora requereu a exclusão dos reajustes.

Diante disto, a Reclamada passa a expor os esclarecimentos pertinentes e que evidenciam a ausência de conduta ilícita por parte da Operadora signatária.

DEFESA ESCRITA.

No que se refere ao objeto do processo, com o escopo atender a realidade fática, faz-se necessário tecer alguns esclarecimentos sobre os tipos de contratação de planos de assistência à saúde, conforme legalmente disposto.

Para fins de contratação, de acordo com o que estabelece a Resolução Normativa nº 557/2022, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em: **individual ou familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.**

O plano privado de assistência à saúde **individual** é “aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar”, conforme dispõe o art. 3º da referida resolução.

Os **coletivos por adesão**, são aqueles que oferecem “cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial”, conforme determina o art. 15º da resolução normativa.

Já os **coletivos empresariais**, segundo estabelece o art. 5º da citada norma, são aqueles que oferecem “cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária”.



Nesse sentido, **cumpr** esclarecer a Sra. **MARIA JOSE DO NASCIMENTO OLIVEIRA**, aos 01/06/2018, **contratou um plano de saúde coletivo por adesão**, por intermédio da administradora **CLUBE DE SAUDE ADM DE BENEFICIOS LTDA** junto à Hapvida.

Entender a modalidade do plano de saúde contratado pela consumidora é fundamental para compreender que a contratação em apreço não foi realizada **diretamente** junto à Hapvida, mas junto à Administradora de Benefícios que comercializou o plano de saúde, para determinada pessoa jurídica com quem o consumidor tem vínculo.

Isto implica dizer que, na relação em comento, a Hapvida, na qualidade de operadora de planos de saúde, atua tão somente, na condição de prestadora dos serviços assistenciais contratados, se limitando a expedir autorizações para custeio de eventos e procedimentos em saúde a serem realizados em sua rede de atendimento própria/credenciada ou referenciada.

No mesmo sentido, é importante compreender as atribuições conferidas legalmente à Administradora de Benefícios e à Operadora de Planos de Saúde, as quais não se confundem.

Ora, Douto Órgão, na relação contratual em comento, a Administradora de Benefícios é legalmente apta para ***“promover a reunião de pessoas jurídicas”, “para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo”, “na condição de estipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde”,*** assumindo ***“o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante”*** e realizando os atos de gestão concernentes ao contrato, tais como movimentação cadastral (inclusão, exclusão e alterações cadastrais de beneficiários), emissão de boletos e cobranças. Veja-se:

Resolução Normativa nº 515/2022



Art. 2º Considera-se Administradora de Benefícios a pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos, desenvolvendo ao menos uma das seguintes atividades:

I - promover a reunião de pessoas jurídicas contratantes na forma do artigo 23 da Resolução Normativa nº 195, de 14 de julho de 2009.

II - contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, na condição de estipulante, a ser disponibilizado para as pessoas jurídicas legitimadas para contratar;

III - oferecimento de planos para associados das pessoas jurídicas contratantes;

IV - apoio técnico na discussão de aspectos operacionais, tais como:

a) negociação de reajuste;

b) aplicação de mecanismos de regulação pela operadora de plano de saúde; e

c) alteração de rede assistencial.

Parágrafo único. Além das atividades constantes do caput, a Administradora de Benefícios poderá desenvolver outras atividades, tais como:

I - apoio à área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;

II - terceirização de serviços administrativos;

III - movimentação cadastral;

IV - conferência de faturas;

V - cobrança ao beneficiário por delegação; e

VI - consultoria para prospectar o mercado, sugerir desenho de plano, modelo de gestão.

Resolução Normativa nº 557/2022



Art. 29. As pessoas jurídicas de que trata esta resolução poderão reunir-se para contratar plano privado de assistência à saúde coletivo, podendo tal contratação realizar-se:

I – diretamente com a operadora; ou

II – com a participação de administradora de benefícios, nos termos do artigo 4º da Resolução Normativa nº 515, de 29 de abril de 2022, ou norma que vier a sucedê-la; ou

III – com a participação da Administradora de Benefícios na condição de coestipulante do contrato firmado com a operadora de plano de assistência à saúde, desde que a Administradora assuma o risco decorrente da inadimplência da pessoa jurídica contratante, com a vinculação de ativos garantidores suficientes para tanto.

Parágrafo único. Fica vedada a inclusão de beneficiários sem a participação da pessoa jurídica legitimada. (Redação dada pela RN Nº 570, de 27 de janeiro de 2023)

(Destaques Inovados)

Em outras linhas, a **Clube Saúde**, na condição de Administradora de Benefícios, propôs a contratação de plano de saúde coletivo na condição de estipulante, atuando de forma autônoma e em nome de empresas, órgãos públicos ou entidades representativas, que desejavam contratar um plano de saúde coletivo.

A Administradora, nesta relação, se responsabiliza por realizar diversas atividades de gestão, tais como:

- 1. Avaliar o perfil dos associados da entidade representativa ou dos funcionários da empresa, identificando o plano e sugerindo o modelo de gestão mais adequado à coletividade representada;*



2. *Prestar informações acerca dos direitos previstos na legislação de saúde suplementar para os consumidores envolvidos;*
3. *Verificar os critérios de elegibilidade dos consumidores definidos pela empresa ou entidade representativa;*
4. *Apoiar a área de recursos humanos na gestão de benefícios do plano;*
5. *Definir com a empresa ou entidade representativa qual a rede de serviços de saúde e a área geográfica de interesse para contratação;*
6. *Oferecer serviços de cálculo atuarial para auxiliar a empresa ou entidade representativa na negociação de preço junto à Operadora de Planos de Saúde;*
7. *Controlar prazos de aceitação, devolução e reapresentação de propostas;*

Realizada a contratação de produto junto à Operadora de Planos de Saúde, cabe, ainda, à Administradora, ações de gestão como:

8. *O recebimento das propostas de adesão dos associados da entidade representativa ou dos funcionários da empresa interessados no ingresso no plano de saúde contratado;*
9. *A realização da análise administrativa e documental das propostas;*
10. *A realização de movimentação cadastral, diga-se: inclusões de beneficiários, alterações cadastrais e exclusões de beneficiários, de acordo com as regras previstas na legislação e no contrato;*
11. *A emissão de boletos e o controle de pagamento das mensalidades;*
12. *A gestão de arquivos físicos e eletrônicos concernentes às propostas de adesão e documentação relativa à movimentação cadastral;*



13. *O fornecimento de documentos ao beneficiário, como cartão de identificação do plano, Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde, Guia de Leitura Contratual e lista da rede de serviços de saúde credenciada.*

14. **A negociação de reajustes.**

Diante disto, é importante indicar que os reajustes das mensalidades de planos de saúde podem ocorrer de duas formas, sendo um referente à **VARIAÇÃO DE CUSTO ANUAL (reajuste anual)**, aplicado na data de aniversário do contrato, e outro referente à **MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**. Vejamos:

- 1) **Reajuste por variação de custos (reajuste anual)** – Objetiva adequar o valor da mensalidade do plano de saúde em razão do aumento da mensalidade em função da alteração nos custos causada pelo aumento do preço, utilização dos serviços médicos e pelo uso de novas tecnologias.
- 2) **Reajuste por mudança de faixa etária** – Objetiva adequar o valor da mensalidade do plano de saúde em razão da proporcional mudança no perfil médio de utilização dos serviços, trazida pelo aumento de idade dos beneficiários.

Verificou-se que, inicialmente, foi aplicado **REAJUSTE ANUAL** no contrato da beneficiária, que visa à readequação periódica do valor da contraprestação pecuniária mensal em decorrência da variação de custos do setor, do índice de sinistralidade do contrato, bem como de diversos outros aspectos, todos considerados para a manutenção do equilíbrio entre a despesa advinda dos serviços médico-hospitalares disponibilizados aos usuários e a receita decorrente das mensalidades.

Referido reajuste, encontra respaldo legal no *caput* do art. 25 da Resolução Normativa nº 557, expedida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS:



Subseção IV

Do Reajuste

Art. 25 Nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses, ressalvado o disposto no caput do artigo 28 desta Resolução.

A principal razão para a implementação do reajuste anual nos contratos de planos de saúde é a constante evolução dos custos na área da saúde. Os gastos com insumos médicos, medicamentos, tecnologia médica e a valorização dos profissionais de saúde são fatores que contribuem para o aumento dos custos operacionais das operadoras de planos de saúde ao longo do tempo. Sem a devida atualização das mensalidades, as Operadoras podem enfrentar desequilíbrios financeiros, comprometendo a qualidade dos serviços oferecidos.

Ao aplicar o reajuste anual, as Operadoras de planos de saúde conseguem acompanhar essas variações de custos, mantendo a capacidade de oferecer uma rede de prestadores de serviços médicos qualificados, ampla e diversificada. Isso resulta em um atendimento mais abrangente e eficiente para os beneficiários, garantindo que possam contar com profissionais e hospitais de qualidade quando necessitarem de assistência médica.

Além disso, o reajuste anual contribui para a previsibilidade nas relações comerciais entre operadoras de planos de saúde e seus beneficiários. Com a atualização periódica dos valores, os segurados podem se planejar financeiramente, evitando surpresas com aumentos abruptos e permitindo uma melhor organização de suas finanças pessoais.

Com isto, a aplicação do reajuste anual em contratos de planos privados de assistência à saúde é uma medida crucial para garantir a qualidade dos serviços prestados, a sustentabilidade das operadoras e a previsibilidade para os beneficiários. Essa prática contribui para fortalecer o sistema de saúde suplementar, possibilitando um acesso



contínuo e confiável aos cuidados médicos para a população beneficiária.

O reajuste em questão é aplicado a cada 12 (doze) meses conforme data de contratação entre a Operadora de planos de saúde e a beneficiária.

Importante mencionar que, por se tratar de **plano de saúde coletivo, o percentual aplicado à título de reajuste anual, não é determinado pela agência nacional de saúde suplementar - ANS, e sim, obtido a partir de negociação realizada entre as contratantes**. Inclusive, a peculiaridade desse tipo de contratação é reconhecida pelo Poder Judiciário, vejamos algumas decisões sobre o tema:

*AGRAVO DE INSTRUMENTO. DIREITO DO CONSUMIDOR. **REAJUSTE ANUAL DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. ANIVERSÁRIO DO CONTRATO ENTRE OPERADORA E ADMINISTRADORA. DATA DA ADESÃO PELO BENEFICIÁRIO. IRRELEVÂNCIA. NECESSIDADE DE OBSERVÂNCIA DAS DETERMINAÇÕES DA ANS.** DECISÃO MANTIDA.*

1. A beneficiária não firmou um contrato de plano de saúde individual ou familiar, mas sim um contrato coletivo por adesão.

***2. O reajuste anual nestes tipos de contrato deve considerar a data de aniversário do plano coletivo firmado entre a operadora e a pessoa jurídica, e não a data de aniversário a partir da adesão individual.** 3. Apesar de ser lícito o reajuste anual com base no aniversário do contrato firmado entre a operadora e a administradora, deve-se considerar no presente caso a **determinação da ANS sobre a suspensão do reajuste de todas as modalidades de plano de saúde até dezembro de 2020.** 3.1. **É necessário observar as determinações da ANS e suas implicações em cada tipo de contrato, sendo cediço que, diante do atual cenário de pandemia e seu impacto nas relações de saúde, as determinações podem sofrer alterações no decorrer do tempo.** 4.*



Agravo de Instrumento conhecido e não provido. (TJ-DF 07282901720208070000 DF 0728290-17.2020.8.07.0000, Relator: ROBERTO FREITAS, Data de Julgamento: 27/01/2021, 3a Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no DJE : 18/02/2021. Pág.: Sem Página Cadastrada.)

EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL - PLANO DE SAÚDE COLETIVO - REAJUSTES ANUAIS - AUSÊNCIA DE VINCULAÇÃO COM A ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ABUSIVIDADE - INEXISTÊNCIA - SENTENÇA MANTIDA. - A Lei Federal 9.656/98 estabelece que os reajustes anuais das mensalidades de planos de saúde individuais devem observar as normas da ANS, nos termos do art. 35-E, § 2º, que seque nada se referindo aos planos de saúde coletivos - em relação aos reajustes anuais nos contratos coletivos, não há qualquer vinculação aos índices estabelecidos pela ANS, de modo que o aumento pode ser livremente negociado entre as partes contratantes, que devem comunicar à ANS acerca do reajuste a ser realizado, conforme determina a Instrução Normativa nº 13/2006 da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS. (TJ-MG - AC: 10000210269213001 MG, Relator: Adriano de Mesquita Carneiro, Data de Julgamento: 24/03/2021, Câmaras Cíveis / lia CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2021)

DIREITO DO CONSUMIDOR. PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO. REAJUSTE ANUAL. NULIDADE. AFASTADA. SINISTRALIDADE. EQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO. ÍNDICES DA ANS PARA PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES. NÃO APLICÁVEIS. DESVIRTUAMENTO DO CONTRATO. PERIODICIDADE DO REAJUSTE. ART. 19, RN 195 - ANS. DIFERENÇAS.

1. Apelação interposta contra a sentença que julgou improcedentes os pedidos autorais, tendo por lícitos os reajustes aplicados pelo



plano de saúde.

2. A relação jurídica havida entre as partes está sujeita às diretrizes da Lei nº 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor).

3. Os limites previstos nas resoluções da ANS para reajuste das mensalidades são restritos aos planos de saúde individuais, conforme disposto no § 2º do art. 35-E da Lei nº 9.656/98.

4. Não se reputa abusiva a cláusula que prevê o reajuste anual do contrato coletivo de assistência médica (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), quando visar apenas à manutenção do equilíbrio contratual.

5. Os contratos de plano de saúde coletivos não estão limitados aos índices de reajuste autorizados pela ANS para os planos de saúde individuais e familiares. Ademais, tendo a parte aderido ao seguro coletivo, inviável a vinculação às regras inerentes aos planos individuais, sob pena de desvirtuamento do pacto.

6. Salvo hipóteses de variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação de contrato à Lei nº 9.656/98; nenhum contrato poderá receber reajuste em periodicidade inferior a doze meses.

7. In casu, a adequação não foi corretamente aplicada após o aniversário da apólice da apelante, isto é, após 12 (doze) meses de vigência do contrato - em desrespeito ao artigo 19 da Resolução Normativa n.º 195 da ANS. Imperiosa, portanto, a conformação da data de reajuste, segundo lei de regência, com a consequente devolução das diferenças decorrentes dos reajustamentos antecipados.

8. Recurso conhecido e parcialmente provido. (TJ-DF 0700679522017807004 DF 0700699-52.2017.8.07.004, Relator: SANDOVAL OLIVEIRA, Data de Julgamento: 03/04/2019, 2ª Turma Cível, Data de Publicação: Publicado no PJe: 12/04/2019 . Pág.: Sem Página Cadastrada.)



Por outro lado, em razão da proporcional mudança no perfil médio de utilização dos serviços de saúde, **TRAZIDA PELO AUMENTO DE IDADE DOS BENEFICIÁRIOS**, conforme alude o art. 15 da Lei nº 9.656/98 c/c art. 2º da Resolução Normativo nº 563/2022, os planos de saúde também **SOFREM REAJUSTES POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**.

Art. 15 – A variação das contraprestações pecuniárias estabelecidas nos contratos de produtos de que tratam o inciso I e o parágrafo primeiro do art. 1º desta Lei, em razão da idade do consumidor, somente poderá ocorrer caso estejam previstas no contrato inicial as faixas etárias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, conforme normas expedidas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E.

RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 563 DE, 22 DE DEZEMBRO DE 2022

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.

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.

No caso em tela, consoante os registros constantes na ficha financeira da beneficiária, verifica-se que a mensalidade cobrada pela Operadora à Administradora de Benefícios era, até então, no valor de R\$1.016,00 (um mil de dezesseis reais).

Ocorre que, em 14/05/2025, a beneficiária completou 59 anos, fato que, nos termos da tabela de vendas previamente apresentada e aceita no momento da adesão contratual, ensejou a aplicação do reajuste por faixa etária no percentual de **55%**, elevando a mensalidade para **R\$1.575,67** no vencimento de junho. Veja-se:

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA													PAGINA -	018/ 031
SISTEMA DE CONTROLE FINANCEIRO													DATA -	26/09/25
RELATORIO DE PARTICIPACAO DA EMPRESA: 81200-CLUBE DE SAUDE ADM DE BENEFICIOS LTDA/AVAASP - SPART													HORA -	15:04:41
STATUS- ATIVO		VENCIMENTO : 15/05/2025		COMPETENCIA : 05/2025		NOTA FISCAL -		72440197						
Proposta	Cpf	Dep	Nome Usuario	Parentesco	Plan - Ac	Id	Dt Cad	Matric	T.Ades	A.Idade	Adic	Mensal	VI Total	
81200021292	41698355300	00	MARIA JOSE DO NASCIME	TITULAR	5313 2	58	01/06/18	0	0.00	0.00	0.00	1016.57	1016.57	

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA												PAGINA - 018/ 030	
SISTEMA DE CONTROLE FINANCEIRO												DATA - 26/09/25	
RELATORIO DE PARTICIPACAO DA EMPRESA: 81200-CLUBE DE SAUDE ADM DE BENEFICIOS LTDA/AVAASP - SPART												HORA - 15:05:13	
STATUS- ATIVO				VENCIMENTO : 15/06/2025		COMPETENCIA : 06/2025		NOTA FISCAL - 73967390					
Proposta	Cpf	Dep	Nome Usuario	Parentesco	Plan-Ac	Id	Dt Cad	Matric	T.Ades	A.Idade	Adic	Mensal	VI Total
81200021292	41698355300	00	MARIA JOSE DO NASCIME	TITULAR	5313 2	59	01/06/18	0	0.00	0.00	0.00	1575.67	1575.67
									0.00	0.00	0.00	1575.67	1575.67

Faixa etária	NOSSO PLANO ADESÃO SAÚDE + ODONTO E	NOSSO PLANO ADESÃO SAÚDE + ODONTO A	NOSSO PLANO XXIX	NOSSO PLANO XXX	MIX XXV	MIX XXVI
De "00 a 18" a "19 a 23"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De "19 a 23" a "24 a 28"	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%	12,00%
De "24 a 28" a "29 a 33"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De "29 a 33" a "34 a 38"	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%	15,00%
De "34 a 38" a "39 a 43"	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%	19,00%
De "39 a 43" a "44 a 48"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De "44 a 48" a "49 a 53"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De "49 a 53" a "54 a 58"	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%
De "54 a 58" a "59 ou mais"	55,00%	55,00%	55,00%	55,00%	55,00%	55,00%

Ademais, no mês de agosto de 2025, foi aplicado o reajuste anual no percentual de **17,5%**, conforme pactuação com a administradora do plano, resultando no valor atualizado de R\$1.851,41 (um mil, oitocentos e cinquenta e um reais e quarenta e um centavos) na mensalidade de agosto/2025, conforme anexo:

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA SISTEMA DE CONTROLE FINANCEIRO RELATORIO DE PARTICIPACAO DA EMPRESA: 81200-CLUBE DE SAUDE ADM DE BENEFICIOS LTDA/AVAASP - SPART STATUS- ATIVO VENCIMENTO : 15/07/2025 COMPETENCIA : 07/2025 NOTA FISCAL - 75382821												PAGINA - 017/ 029 DATA - 26/09/25 HORA - 15:06:28	
Proposta	Cpf	Dec	Nome Usuario	'arentesco	Plan-Ac	Id	Dt Cad	Matric	T.Ades	A.Idade	Adic	Mensal	VI Total
81200021292	41698355300	00	MARIA JOSE DO NASCIME	TITULAR	5313 2	59	01/06/18	0	0.00	0.00	0.00	1575.67	1575.67
									0.00	0.00	0.00	1575.67	1575.67

HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA SISTEMA DE CONTROLE FINANCEIRO RELATORIO DE PARTICIPACAO DA EMPRESA: 81200-CLUBE DE SAUDE ADM DE BENEFICIOS LTDA/AVAASP - SPART STATUS- ATIVO VENCIMENTO : 15/08/2025 COMPETENCIA : 08/2025 NOTA FISCAL - 76529115												PAGINA - 016/ 027 DATA - 26/09/25 HORA - 15:06:57	
Proposta	Cpf	Dec	Nome Usuario	'arentesco	Plan-Ac	Id	Dt Cad	Matric	T.Ades	A.Idade	Adic	Mensal	VI Total
81200017580									0.00	0.00	0.00	513.99	513.99
81200021292	41698355300	00	MARIA JOSE DO NASCIME	TITULAR	5313 2	59	01/06/18	0	0.00	0.00	0.00	1851.41	1851.41
									0.00	0.00	0.00	1851.41	1851.41

Ambos os reajustes foram devidamente formalizados e encontram respaldo nos documentos anexos, evidenciando o cumprimento rigoroso das obrigações contratuais.

Reitera-se que o reajuste por mudança de faixa etária é legalmente permitido e está de acordo com as normas da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), sendo aplicado uma única vez ao atingir essa faixa etária.

Por fim, quanto aos valores alegados pela reclamante, é imperioso elucidar que, por se tratar de um plano de saúde coletivo por adesão, a Hapvida não realiza a cobrança direta ao consumidor final dos serviços, o que é realizado pela Administradora de Benefícios. Veja-se respaldo legal para tanto:

Subseção IV

Do Pagamento e da Cobrança das Contraprestações Pecuniárias

Art. 19. O pagamento dos serviços prestados pela operadora será de responsabilidade da pessoa jurídica contratante de plano

privado de assistência à saúde coletivo por adesão.

Art. 20. A operadora contratada não poderá efetuar a cobrança da contraprestação pecuniária diretamente aos beneficiários de contrato do plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão.

Portanto, a insatisfação da consumidora com o aumento da mensalidade, embora compreensível, não pode ser considerada evidência de irregularidade ou abuso por parte do plano de saúde. A prática do reajuste por faixa etária é um mecanismo previsto em lei, essencial para a manutenção do equilíbrio financeiro do sistema de saúde suplementar, e, desde que realizado conforme as diretrizes estabelecidas, é plenamente justificável.

Indicada a ausência de conduta abusiva/ilícita, a Hapvida demonstra que inexistente cobrança indevida ou mesmo abusiva, razão pela qual resta esgotado o objeto da demanda.

DO PEDIDO.

Por todo o exposto, pelos motivos de direito supra delineados e pelas razões fáticas devidamente comprovadas, que atestam, indubitavelmente, que esta operadora não infringiu nenhum dispositivo legal ou contratual, requer o **ARQUIVAMENTO DA PRESENTE DEMANDA.**

Fortaleza/CE, 26 de setembro de 2025.

**ISAAC COSTA
LAZARO
FILHO**

Assinado de forma
digital por ISAAC
COSTA LAZARO FILHO
Dados: 2025.09.26
18:18:59 -03'00'

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S/A