

# A TUTELA DOS DIREITOS DOS IDOSOS NA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E A VEDAÇÃO À DISCRIMINAÇÃO POR IDADE NOS PLANOS DE SAÚDE

*THE TUTLE OF ELDERLY RIGHTS IN BRAZILIAN LEGISLATION AND THE PROHIBITION OF  
AGE DISCRIMINATION IN HEALTH PLANS*

Ana Carolina Freitas de CARVALHO<sup>1</sup>

---

ISSUE DOI: 10.21207/2675-0104.2017.653

---

## RESUMO

O presente trabalho aborda a questão do processo de envelhecimento da população brasileira, suas circunstâncias e suas consequências. Ele traça a relação entre o aumento da expectativa de vida e a facilitação ao acesso à saúde que ocorreu com o auxílio do sistema privado de saúde. Também traz um dos problemas enfrentados pela população idosa: a discriminação, a qual ocorre em diferentes âmbitos, especialmente nos planos de saúde, os quais alteram as suas mensalidades em razão da idade do beneficiário, impondo reajustes exorbitantes. Por último, o artigo expõe como a legislação brasileira permite que o reajuste das mensalidades ocorra sem que se configure abusivo e aleatório.

**Palavras-chave:** Direitos dos idosos; Discriminação por idade. Planos de Saúde.

## ABSTRACT

*The current study approaches the issue of Brazilian population aging process, its circumstances and consequences. It matches the relation between the increase of life expectation and facilitation to access health that occurred with the help of the private healthcare. The work also focuses one of the problems faced by the elderly population: the discrimination that happens in different areas, especially in the health insurance funds. These insurance funds change their tuitions based on the age of the beneficiary, enforcing unaffordable raises. Finally, the article presents the readjustment permitted ways, according to Brazilian laws.*

**Keywords:** Rights of the elderly; Discrimination by age. Health insurance.

---

<sup>1</sup> Discente da Faculdade de Direito de Franca/SP. Bolsista do Programa Interno de Iniciação Científica (PIBIC 2017-2018).

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um processo recente e que foi se intensificando gradativamente ao longo dos anos, proporcionando uma vida mais longa e melhor aos idosos em razão de inúmeros fatores. O acesso à educação e a informação, os avanços da medicina no que diz respeito a medicamentos e procedimentos cirúrgicos, a melhora nas condições de higiene e saúde, o desenvolvimento tecnológico e a urbanização do Brasil, a criação da previdência social e dos planos de saúde e a elaboração de normas que tutelam os direitos e deveres dos idosos contribuíram vigorosamente para que a população idosa aumentasse sua expectativa de vida.

O acesso à educação popularizou-se entre os brasileiros, possibilitando que eles tivessem conhecimentos básicos em diversas áreas, entendessem a importância da medicina e dos cuidados com a saúde, superassem a religião em favor da ciência, além de viabilizar a leitura e a escrita as quais serviram de base para a disseminação de informações, principalmente através dos jornais.

O progresso alcançado pela medicina trouxe medicamentos para o combate de afecções, desde as corriqueiras até as consideradas mais graves, além dos tratamentos cirúrgicos os quais oportunizaram a vida a muitas pessoas que eram condenadas à morte desde a descoberta da moléstia.

Ademais, o entendimento das ciências através da educação oportunizou a superação da religião, abrindo espaço para a medicina e suas explicações baseadas estritamente na ciência. A disseminação de informações aliada à educação, a ciência e o progresso do país, viabilizada pela tecnologia, proporcionaram a melhora na qualidade de vida das pessoas. A obtenção das condições básicas de saúde e higiene e o acesso à água potável e à rede de esgoto tratada acarretaram a prevenção de doenças de fácil transmissão, como por exemplo, as verminoses.

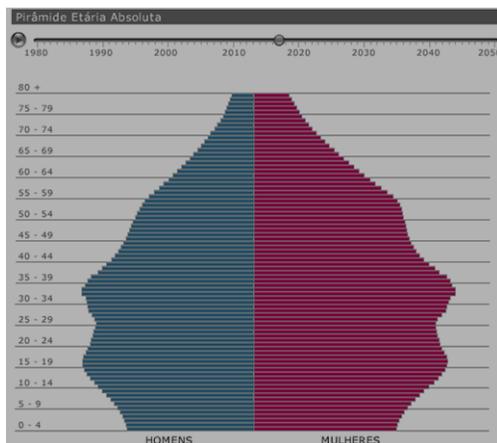
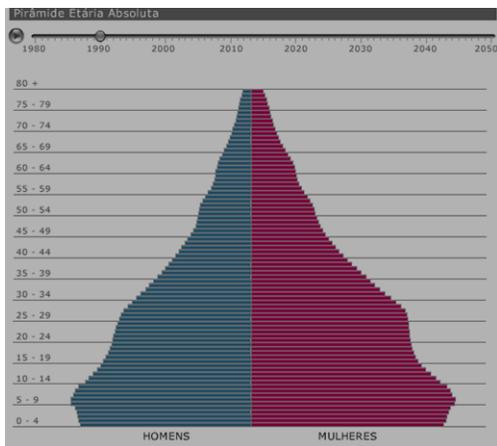
Por fim, o direito, ao se deparar com os múltiplos problemas que surgiram em decorrência do crescimento da população idosa, enxergou a necessidade da criação de direitos e deveres para os idosos com a finalidade de sanar os problemas já existentes e proteger aqueles que passam pelo processo de envelhecimento. Primeiramente, foi preciso fornecer aos idosos suportes que os possibilitassem vencer as peculiaridades da idade, como uma proteção maior por, em determinadas situações, figurar-

se como a parte hipossuficiente, oportunizando a sua equiparação em relação aos demais grupos sociais. Foi assim que o legislador criou uma lei especial para os senis, o Estatuto do Idoso, fundamentando-se no que chamamos de igualdade material como nos ensinou Aristóteles em sua máxima: “Devemos tratar os iguais igualmente e os desiguais desigualmente, na medida de suas desigualdades.”

A criação do Estatuto do Idoso, Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003, foi de extrema relevância para a população idosa, ao conceder proteção extra e solucionar problemas enfrentados por ela, e para àqueles que ainda irão envelhecer, pois, torna a terceira idade uma fase menos temida já que possui seus direitos amparados. A respectiva lei trata desde os direitos fundamentais do idoso, direito à vida, à liberdade, à dignidade, à saúde, até seus direitos mais específicos, como o atendimento especializado, o acesso mais rápido à justiça e as medidas específicas de proteção.

É importante frisar que a elaboração do Estatuto do Idoso ocorreu em virtude, também, da existência prévia de um cenário jurídico preocupado e engajado na tutela do direito do idoso. A Constituição Federal de 1988 trouxe um texto embasado no cuidado com a dignidade humana e a igualdade. Posteriormente, surgiu a Lei nº. 8.842, de 4 de janeiro de 1994 a qual estabelecia a Política Nacional do Idoso que se ateve, principalmente, ao direito à cidadania que seria alcançado efetivamente a partir da autonomia, participação e integração do idoso na sociedade. A cidadania do indivíduo idoso respalda-se na viabilidade dele ser considerado e tratado como cidadão, possuindo direitos e deveres assim como os outros indivíduos de idades diferentes a qual se consolidou, precipuamente, com o Estatuto do Idoso.

O crescimento da população idosa, mundial e nacional, é um fato tanto em razão dos aspectos acima apontados quanto pelos dados estatísticos e pelas mudanças substanciais na estrutura da pirâmide etária brasileira.



Em 1960, o índice de brasileiros com 60 anos ou mais era de 4,7% (3,3 milhões) em relação ao número total de habitantes. Já em 2010, esse índice passou para 10% (19,6 milhões) e em 2050 estima-se que ele alcance a porcentagem de 29,3% (66,5 milhões) da população (UOL, 2016).

No que diz respeito à pirâmide etária brasileira, é visível o estreitamento da sua base em razão da redução da taxa de fecundidade, e o alargamento do seu ápice, ocasionado pelo aumento da expectativa de vida dos brasileiros

Fonte:

[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/2008/piramide/piramide.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm) (2017).

## 1 O SURGIMENTO DOS PLANOS DE SAÚDE

A Constituição Federal de 1988 trouxe a garantia do direito à saúde aos cidadãos como um dever do Estado, o qual se concretizou através do SUS (Sistema Único de Saúde), ao mesmo tempo em que assegurou à iniciativa privada a oferta de serviços assistenciais de saúde, sob o controle do Estado. Porém, esses serviços já existiam desde a década de 50, enquanto o controle ocorreu de forma direta apenas em 1998, com a Lei nº. 9.656, conhecida como Lei dos Planos de Saúde.

Anteriormente à Lei dos Planos de Saúde, os contratos celebrados entre os consumidores e as seguradoras de saúde eram ditados com base em regras internas, possuindo, cada seguradora, seu próprio contrato. Assim, as operadoras de planos de saúde elaboravam seus contratos de forma mais benéfica para si, acarretando o desequilíbrio contratual em determinado momento da sua execução. Somado a isso, existia apenas o Código de Defesa do Consumidor para coibir práticas abusivas.

Com a elaboração da Lei dos Planos de Saúde, o Estado uniformizou a organização das seguradoras de saúde, criou diretrizes de funcionamento do mercado de saúde suplementar e determinou políticas de controle de reajuste, ferramentas de regulação, entrada e saída de beneficiários por exemplo.

A publicação da Lei nº. 9.656/98 possibilitou a divisão dos contratos firmados anteriormente e posteriormente a ela, facilitando a solução de inúmeros conflitos derivados do próprio contrato. Os contratos celebrados anteriormente à lei continuaram válidos e legais, mantendo plenamente os direitos e obrigações deles derivados, os preços, a extensão e qualidade da cobertura ajustados, de acordo com o artigo 5º, inciso XXXVI da Constituição Federal que diz “a lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a coisa julgada”.

Os contratos conhecidos como “contratos antigos” sofrem reajustes de acordo com os parâmetros estabelecidos em suas cláusulas ou a vontade das partes. Se no decorrer da execução contratual surgir algum conflito entre as partes, este deve ser resolvido com base nas regras advindas do próprio contrato previamente celebrado, e no caso de não ser encontrada nenhuma solução, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) pode agir como mediadora na resolução do conflito, desde que esse se caracterize como um problema econômico-financeiro. Há casos em que o equilíbrio contratual só é alcançado novamente através da intervenção do judiciário.

Já nos contratos novos, os reajustes realizados devem seguir as regulamentações da ANS, e no caso do contratante ter mais de sessenta anos de idade, necessita da prévia autorização da mesma, uma vez que o Estatuto do Idoso veda a discriminação por idade nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade. A Agência Nacional de Saúde Suplementar autoriza o reajuste fundado nas flutuações da economia e do mercado e na intensificação do uso da cobertura contratada. Essa autorização se dá em virtude das disparidades que pos-

sam ocorrer entre o momento da celebração do contrato e o da sua execução, como a mudança de faixa etária, a desvalorização ou valorização da moeda e a própria execução contratual os quais acarretam desequilíbrios que precisam ser ajustados. O aumento do uso do plano de saúde também permite o reajuste, principalmente pelo fato do processo de envelhecimento causar vulnerabilidade e fragilidade ao corpo humano, debilitando a saúde do idoso.

Porém, o reajuste permitido deve ser respaldado em percentuais congruentes e justos com o fim de proporcionar a execução integral do contrato firmado e manter as partes vinculadas a ele ao passo que permite a uma delas disponibilizar determinada quantia mensal e a outra fornecer o serviço escolhido.

O reajuste de mensalidade de plano de saúde individual ou familiar fundado na mudança de faixa etária do beneficiário é válido desde que haja previsão contratual, sejam observadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais reguladores e não sejam aplicados percentuais desarrazoados ou aleatórios que, concretamente e sem base atuarial idônea, onerem excessivamente o consumidor ou discriminem o idoso. (EM, 2017).

Os planos de saúde surgiram como uma alternativa eficaz ao acesso à saúde, otimizando os serviços médicos e agilizando o atendimento ao paciente em contrapartida ao SUS (Sistema Único de Saúde), o qual apresentava, e apresenta, cada vez mais falhas na sua estrutura, não sendo capaz de suportar a demanda de usuários e nem possuindo verbas suficientes para realizar melhorias. As seguradoras de saúde viabilizaram o atendimento de milhares de brasileiros, impedindo que os mesmos ficassem a mercê do sistema público de saúde e enfrentassem filas imensuráveis. Porém, como tudo apresenta dois lados, os consumidores e as operadoras de planos de saúde possuem conflitos, os quais muitas vezes, são resolvidos judicialmente, tais como discussões sobre a extensão da cobertura do plano contratado, a negatória das seguradoras quanto à realização de determinado procedimento médico-cirúrgico, os reajustes, principalmente em razão da idade, acarretando a expulsão do idoso do plano pelo aumento exorbitante da mensalidade.

## 2 REGULAMENTAÇÃO DA ANS

A Agência Nacional de Saúde foi desenvolvida e estruturada pela Lei nº. 9.961, de 28 de janeiro de 2000 a partir de um setor específico do Ministério da Saúde com o fim de fazer cumprir a Lei nº. 9.656/98 e ser a instância responsável pela regulação de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A Agência tem natureza autárquica com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro e atuação em todo território brasileiro. A sua competência compreende a criação de normas, o controle e a fiscalização de ramos que exploram a saúde suplementar no país.

Além disso, a Agência deve ainda assegurar o equilíbrio contratual a fim de evitar que qualquer desproporção que venha a surgir no contrato, afete sua execução. Esse dever está relacionado tanto ao momento de implantação de alguma medida, tal como a ampliação da cobertura e eventual encargo tributário que possam desequilibrar a perfeita execução dos contratos, quanto à determinação de ajustes para a correção do equilíbrio já instalado no contrato.

As disparidades que costumam atingir os contratos estão, na maioria das vezes, relacionadas aos reajustes das mensalidades das operadoras de planos de saúde, cabendo à Agência Nacional de Saúde Suplementar controlá-los. Esse controle depende do tipo de contrato de prestação de serviço firmado e com a causa do aumento.

No que diz respeito aos contratos celebrados antes do dia 2 de janeiro de 1999 e que não houve migração para algum dos contratos tutelados pela Lei nº. 9.656/98, eles são derivados dos denominados planos antigos e devem seguir o que foi estabelecido pelas partes no contrato, não sendo alcançados pela Lei dos Planos de Saúde. Já os contratos individuais/familiares em que as cláusulas contratuais não estiverem claras ou forem omissas a respeito de reajustes, o preço anual dos mesmos será limitado ao mesmo percentual de variação divulgado pela ANS para os planos individuais/familiares celebrados após 2 de janeiro de 1999, não sendo necessária a prévia autorização da Agência. Porém, há exceções quanto às operadoras que assinaram o Termo de Compromisso com a ANS para estabelecer a forma de apuração do percentual de reajuste anual a ser aplicado nesses contratos, possuindo diferentes variações de custos para cada operadora disponíveis no site da própria Agência.

Contudo, se o plano for do tipo coletivo, o qual é contrato através de uma pessoa jurídica, como um empregador, um sindicato ou uma associação, os reajustes não são definidos pela ANS, conforme o Enunciado 22 do Conselho Nacional de Justiça “Nos planos coletivos deve ser

respeitada a aplicação dos índices e/ou fórmulas de reajuste pactuado, não incidindo, nesses casos, o índice da Agência Nacional de Saúde Suplementar editado para os planos individuais/familiares”, mas, apenas, acompanhados por ela. As oscilações nos preços devem ser acordadas por meio de negociações entre fornecedor e consumidor, e após o consenso, comunicar à Agência em até 30 dias da efetiva aplicação do novo reajuste.

No entanto, caso o seu contrato coletivo possua menos de 30 beneficiários, fique atento! O reajuste que o seu contrato receber deverá ser igual ao reajuste dos demais contratos com menos de 30 beneficiários da mesma operadora, dentro do chamado Agrupamento de Contratos (ou Pool de Risco). O índice de reajuste aplicado a todos estes contratos deverá ser divulgado pela própria operadora em seu site na internet no mês de maio de cada ano, ficando vigente até abril do ano seguinte e podendo ser aplicado a cada contrato nos seus respectivos meses de aniversário. Verifique, anualmente, junto à pessoa jurídica contratante de seu plano, a quantidade de beneficiários vinculados ao seu contrato. Desta forma, você saberá se, no ano seguinte, seu contrato entrará, ou não, no agrupamento para receber o reajuste destinado a contratos com menos de 30 beneficiários. Mas há exceções em que o contrato coletivo que possui menos de 30 beneficiários não faz parte do Agrupamento de Contratos. As exceções são: contratos firmados antes de 1º de janeiro de 1999 e não adaptados à Lei nº 9.656/1998; contratos de planos exclusivamente odontológicos; contratos de plano exclusivo para ex-empregados demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados; contratos de planos com formação de preço pós-estabelecido; e contratos firmados antes de 1º de janeiro de 2013 e não aditados para contemplar a RN nº 309/2012, por opção da pessoa jurídica contratante (ANS, 2017).

Já em relação à pessoa física, a ANS define anualmente o índice permitido para o reajuste dos planos médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, adquiridos anteriormente à Lei nº 9.656/98. Porém, para a aplicação de tal reajuste são necessárias a prévia avaliação e a autorização expressa da Agência.

### Histórico de reajuste por Variação de Custo Pessoa Física

Índice de reajuste anual autorizado para planos de saúde individuais ou familiares contratados a partir de janeiro de 1999.

Ano	Reajustes
2017	13,55%
2016	13,57%
2015	13,55%
2014	9,65%
2013	9,04%
2012	7,93%
2011	7,69%
2010	6,73%
2009	6,76%
2008	5,48%
2007	5,76%
2006	8,89%
2005	11,69%
2004	11,75%
2003	9,27%
2002	7,69%
2001	8,71%
2000	5,42%

Fonte: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude/historico-de-reajuste-por-variacao-de-custo-pessoa-fisica> (2017).

Outro fator a ser considerado no momento de realizar o reajuste das mensalidades de planos de saúde é a idade do indivíduo, uma vez que o homem, ao longo do seu desenvolver, apresenta períodos em que sua saúde permanece mais vulnerável e frágil – a infância e a velhice, e outros em que se apresenta mais disposto e resistente a afecções. Por esse motivo, há volubilidade de fases em que o beneficiário do plano utiliza-o demasiadamente, demandando maiores gastos por parte das seguradoras, razão essa que justifica o aumento proporcional.

Assim, as faixas etárias por sua vez variam conforme a data de contratação do plano, não sendo aplicadas como critério de ajuste de mensalidade nos planos contratados até 2 de janeiro de 1999. Já nas contratações realizadas entre 2 de janeiro de 1999 e 1 de janeiro de 2004,

existem sete faixas etárias: 0 a 17 anos, 18 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e 70 anos ou mais, sendo que os consumidores com mais de sessenta anos que participam do contrato há mais de dez anos não podem sofrer variação por faixa etária e aConsu 06/98 determina que o preço da última faixa etária poderá ser, no máximo, seis vezes maior que o preço da faixa inicial.

Nos contratos firmados após 1 de janeiro de 2004, já na vigência do Estatuto do Idoso, foram criadas dez divisões de faixas etárias: 0 a 18 anos, 19 a 23 anos, 24 a 28 anos, 29 a 33 anos, 34 a 38 anos, 39 a 43 anos, 44 a 48 anos, 49 a 53 anos, 54 a 58 anos e 59 anos ou mais. A Resolução Normativa (RN nº 63) publicada pela ANS em dezembro de 2003 determina que o valor fixado para a última faixa etária não pode exceder a seis vezes o valor da primeira faixa e 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.

## CONCLUSÃO

A população idosa mundial, ao longo dos anos, apresentou-se como um grupo minoritário e marginalizado, seja pela criação de uma visão preconceituosa a qual trata os idosos como uma sobrecarga para a sociedade, excluindo toda contribuição que os mesmos podem oferecer, seja pela sua condição de maior vulnerabilidade em relação aos demais grupos sociais a qual exige maior cuidado e atenção. Em virtude desse fato, os idosos presenciaram seus direitos serem tutelados tardiamente, tanto no âmbito internacional como no nacional.

No Brasil, o aumento da expectativa de vida e as mudanças na sua pirâmide etária são acontecimentos recentes, os quais ocorreram em virtude da popularização da medicina, do acesso à educação, da urbanização e modernização do país, da disseminação de informações e do acesso as condições básicas de higiene e saúde. Aliado a esses fatores, o Direito contribuiu na medida em que criou normas para a tutela dos direitos e deveres dos idosos, como o Estatuto do Idoso o qual é uma lei voltada para a proteção dos idosos.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira se deu também em razão do acesso mais eficaz a saúde através dos planos de saúde, os quais facilitam a vida de grande parte dos brasileiros, embora,

existam muitos conflitos entre seguradoras de saúde e consumidores, principalmente os idosos. Estes últimos sofrem com os reajustes das mensalidades, que em razão do alcance de faixas etárias mais elevadas, tomam proporções exorbitantes, muitas vezes, forçando o idoso a abandonar o plano de saúde.

Entretanto, o legislador brasileiro criou a Lei dos Planos de Saúde e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) as quais trouxeram regras para normatizar e fiscalizar os setores público e privado de saúde a fim de solucionar e evitar problemas existentes, como a questão dos reajustes estratosféricos e a discriminação vedada pelo Estatuto do Idoso em seu artigo 15, parágrafo 3º.

Primeiramente, é preciso verificar qual o momento em que o contrato entre o idoso e a operadora de planos de saúde foi firmado: antes da Lei dos Planos de Saúde, após a entrada em vigor da respectiva lei ou depois da criação do Estatuto do Idoso para então falar-se em discriminação e reajustes abusivos em razão da idade.

Os contratos firmados antes da Lei dos Planos de Saúde, por não haver uma legislação específica, permitiam a seguradoras o estabelecimento de suas próprias cláusulas, a criação de direitos e deveres entre elas e os contratantes, possuindo apenas o Código de Defesa do Consumidor para coibir possíveis práticas abusivas. Caso ocorresse algum desequilíbrio contratual, os contraentes deveriam procurar a solução no próprio contrato, e se não fosse encontrada, recorrer ao judiciário.

Já após a Lei dos Planos de Saúde, os contratos celebrados deveriam observar as suas normas, tais como as diretrizes de funcionamento do mercado de saúde, as ferramentas de regulamentação da relação consumidor-fornecedor e as políticas de controle de reajustes, além do Código de Defesa do Consumidor. Com o Estatuto do Idoso, o cuidado com a divisão das faixas etárias e dos reajustes calculados de acordo com a progressão delas dobrou, principalmente, para evitar a discriminação vedada por ele.

É certo que a idade é um fator que acarreta alterações no contrato, pois, com o seu alongamento, o uso do benefício intensifica-se e depende maiores gastos, sendo necessário, portanto, o reajuste da mensalidade pela seguradora de saúde. Tal reajuste não deve ser exorbitante, colocando o equilíbrio contratual em risco, mas com o fim de possibilitar a execução do contrato. Porém, em determinados casos, o reajuste alcança valores estratosféricos, expulsando o idoso do plano ou obrigando-o a

recorrer ao judiciário para harmonizar novamente o contrato. Os tribunais brasileiros já são familiarizados com ações desse tipo e, atualmente, tem entendido, de forma unânime, que os reajustes são válidos quando obedecendo a patamares razoáveis e observando as regulamentações da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Além disso, a ANS criou faixas de idade em que determina os limites dos reajustes a fim de não sobrecarregar nenhum grupo etário já que o ordenamento pátrio adota o modelo de subsídios cruzados, no qual os mais jovens suportam parte dos custos gerados pelos mais velhos, com base no princípio da solidariedade intergeracional. Todavia, as mensalidades das demais faixas, já proporcionalmente mais caras, não podem ser majoradas demasiadamente sob o risco do sistema de saúde suplementar não ser mais atrativo para estas.

Portanto, conclui-se que os reajustes são permitidos desde que observados determinados fatores, tais como a aplicação de índices de reajuste razoáveis que não onerem excessivamente o consumidor e que estejam em conformidade com a equidade, a boa-fé objetiva e a proteção especial aos idosos no que diz respeito o combate à discriminação; a expressão previsão contratual e as regulamentações expedidas pelos órgãos governamentais.

Esses parâmetros devem ser observados em cada caso concreto, pois, assim, será possível confirmar se tal aumento se justifica ou não. Porém, no caso de ser reconhecida a abusividade do aumento realizado pela operadora de plano de saúde em razão da faixa etária do usuário, é necessário o reequilíbrio contratual através da apuração do percentual mais adequado e razoável para a realização do reajuste por causa da inserção do consumidor na nova faixa de risco, com base no artigo 51, parágrafo 2º do Código de Defesa do Consumidor. Tal apuração deve ser realizada no momento da execução da sentença judicial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANS. Reajustes de preços de plano de saúde. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/reajustes-de-precos-de-planos-de-saude>> Acesso em: 10/08/2017.

BRASIL. Superior Tribunal de Justiça. STJ, DJe 11/05/2017. AResp n. 1.105-017, rel. min. Raul Araújo.

EM. STJ autoriza reajuste em planos de saúde por faixa etária. 2017. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2017/03/02/internas\\_economia,851044/stj-autoriza-reajuste-em-planos-de-saude-por-faixa-etaria.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/economia/2017/03/02/internas_economia,851044/stj-autoriza-reajuste-em-planos-de-saude-por-faixa-etaria.shtml)>. Acesso em: 19/08/2017.

UOL. População idosa vai triplicar entre 2010 e 2050, aponta publicação do IBGE. 2016. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2016/08/29/populacao-idosa-vai-triplicar-entre-2010-e-2050-aponta-publicacao-do-ibge.htm>> Acesso em: 03/07/2017.