CARTILHA ABRALE

Direitos do Paciente com

CÂNCER

abrale
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA

100% de esforço onde houver 1% de chance

www.abrale.org.br

EXPEDIENTE
Cartilha Direitos do Paciente com Câncer
Conteúdo elaborado pelo departamento Jurídico da Abrale.

IMAGENS E VETORES
Arquivo Abrale e Shutterstock

NOVEMBRO / 2018

Veja o que a lei garante a todos que fazem tratamento de câncer nos sistemas de saúde público e privado do Brasil

Conheça seus direitos

Enfrentar um câncer é uma batalha e tanto, mas em momentos difíceis é preciso manter a calma e procurar os melhores caminhos. Percebemos que além das preocupações com a saúde, surgem também os problemas financeiros, já que a doença pede tratamentos em locais específicos, consultas com especialistas, exames, uso de medicamentos caros e, muitas vezes, afastamento do trabalho.

Mas você sabia que a legislação brasileira assegura alguns benefícios para facilitar essa jornada e colaborar com as despesas do tratamento? Pois a ABRALE vem ajudá-lo a conhecer todos eles por meio desta cartilha! Transcrevemos das várias leis os direitos do paciente com câncer e trouxemos as informações detalhadas de como garantir cada um deles.

E, claro, se depois de ler esse material você ainda tiver dúvidas, entre em contato conosco. Estamos juntos nesta luta e prontos para orientá-lo na conquista de todos os benefícios.

Mais uma vez, não se preocupe: todo o apoio oferecido pela ABRALE é gratuito.

Reivindique seus direitos!

> *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*
> ***Art. 196, Constituição Federal Brasileira.***

A ABRALE

100% de esforço onde houver 1% de chance
A ABRALE (Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia) é uma organização sem fins lucrativos, criada há mais de uma década por pacientes e familiares com a missão de oferecer ajuda e mobilizar parceiros para que todas as pessoas com câncer e doenças do sangue tenham acesso ao melhor tratamento.

Para alcançar esses objetivos, a ABRALE atua em todo o país em quatro frentes:

Apoio ao paciente – O departamento é formado por profissionais especializados para atender a todos os pacientes do Brasil, tirando suas dúvidas quanto ao câncer e seu tratamento e também por meio de apoio psicológico, jurídico e nutricional.

Políticas públicas – Atuamos intensamente na área de advocacy para, junto aos órgãos responsáveis, aprimorarmos a promoção, humanização e acesso ao tratamento oncológico. Nosso propósito é melhorar o desfecho dos tratamentos no Brasil.

Educação e informação – Utilizamos diferentes canais (revista, redes sociais, site, manuais) para sempre manter os pacientes e familiares informados sobre o câncer e seu tratamento. As campanhas de conscientização levam para toda população a importância do diagnóstico precoce. Com o projeto de educação à distância, OncoEnsino, também oferecemos capacitação aos profissionais da saúde.

Pesquisa e monitoramento – Com o Observatório de Oncologia, *website* de monitoramento de dados públicos, é possível avaliarmos as políticas de saúde e sua aplicação na sociedade. As pesquisas com os pacientes, profissionais da saúde e médicos, nos trazem informações relevantes sobre a terapêutica aplicada no país.

Sempre que precisar, entre em contato conosco pelo 0800 773 9973, (11) 3149-5190 ou abrale@abrale.org.br. Também será um prazer recebê-lo em nossa sede, localizada na Rua Dr. Fernandes Coelho, 64 – 13º andar – Pinheiros, São Paulo/SP.

Mais informações em **www.abrale.org.br**

Índice

Orientações gerais pág.06

SEUS DIREITOS pág.08

Auxílio-doença pág.09

Aposentadoria por invalidez pág.12

Saque do FGTS pág.14

Saque do PIS/PASEP pág.16

Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS pág.18

Medicamentos gratuitos pág.19

Transporte gratuito pág.20

Tratamento fora do domicílio (TFD) pág.21

Prioridade na Justiça pág.22

Quitação do financiamento da casa própria pág.23

Garantias nos estudos e no trabalho pág.24

Renda mensal pela previdência privada pág.25

Seguro de vida pág.27

Isenção de Imposto de Renda pág.28

Isenção de IPTU pág.30

Isenção de IPI pág.32

Isenção de ICMS pág.34

Isenção de IOF pág.36

Isenção de IPVA pág.37

Liberação do rodízio de automóveis e cartão de deficiente pág.38

A SAÚDE NO BRASIL pág.39

Sistema Único de Saúde (SUS) pág.40

Saúde Suplementar (Planos de Saúde) pág.42

Orientações gerais

O câncer é uma doença grave que pode conferir direitos especiais aos pacientes?
Nem todo tipo de câncer! Apenas aqueles classificados como neoplasias malignas garantem os benefícios. Para saber se a sua doença é uma neoplasia maligna, pergunte ao seu médico e peça a ele documentos que comprovem a doença: são os chamados laudos médicos. E saiba que, em alguns casos, para conquistar os seus direitos você terá de passar por uma perícia médica, que é simplesmente uma consulta com o médico da instituição que dará o benefício.

Dados médicos: quem tem acesso a eles?
É garantido por lei que o paciente e a família tenham acesso a toda documentação sobre a doença: os chamados prontuários, laudos, resultados de exames, relatórios médicos, enfim, qualquer documento que seja referente ao câncer. Você precisará deles para dar entrada nos pedidos de muitos dos seus benefícios. Para obter a cópia desse material, solicite ao seu médico, ao ambulatório ou hospital onde ficou internado. E fique tranquilo, porque essa documentação não será repassada a mais ninguém!

Como guardar a papelada e os resultados de exames?
Organize-se direitinho porque, ao longo do tratamento, você vai precisar mexer em toda essa documentação. Guarde tudo em uma pasta e deixe em local de fácil acesso. Todo esse material deve ser mantido com você, no mínimo, por mais cinco anos depois do fim do tratamento.

Onde reivindicar meus direitos?
Cada benefício deve ser solicitado às instituições competentes. Para orientá-lo melhor, esta cartilha está dividida em tópicos e, em cada um deles, você encontra o passo a passo de como e onde fazer os pedidos.

E seu eu não tiver condições de ir pessoalmente?
É preciso indicar alguém de confiança que vá em seu lugar. Para isso, você precisa deixar com esse representante uma autorização por escrito, assinada e com firma reconhecida em cartório (é a chamada procuração).

Ouça uma segunda opinião!
Após receber o diagnóstico do câncer, não se deixe abater. Ouça com muita atenção as instruções do médico, pergunte e busque o máximo de informações sobre a sua doença e os tratamentos possíveis. Se achar necessário, procure outro médico e faça as mesmas perguntas para se assegurar que fará o melhor tratamento. E, se precisar, consulte a ABRALE. Nossa equipe está à disposição para tirar qualquer dúvida, analisar os tratamentos sugeridos e o deixar seguro de que está fazendo tudo direitinho!

A ABRALE pode me ajudar com a parte jurídica?
Claro! Entre em contato sempre que tiver uma dúvida ou precisar do apoio dos nossos advogados. Eles podem ajudá-lo a entender o funcionamento do sistema de saúde brasileiro e a conhecer seus direitos.

Procure nosso departamento jurídico! Ligue para 0800-773-9973 ou (11) 3149-5190. Se preferir encontrar pessoalmente nossos profissionais, agende uma visita pelo telefone ou por e-mail.

SEUS DIREITOS!

Veja a lista completa dos direitos que são garantidos por lei aos pacientes com neoplasias malignas de todo o Brasil

Leticia Fernandes
Linfoma de Hodgkin

Auxílio-doença

O que é o auxílio-doença e quem pode receber esse benefício?
Ele funciona como uma licença: você fica afastado do trabalho, fazendo seu tratamento e, mesmo assim, recebe uma remuneração. O benefício é dado aos pacientes com câncer que sejam segurados do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), mesmo àqueles que contribuem de forma autônoma. E saiba que, para ter direito a esse benefício, você não pode ter se filiado ao INSS depois da descoberta da doença. Funcionários públicos têm regras próprias – se for o seu caso, peça informações em sua repartição.

Como fazer para receber o auxílio doença?
Há duas formas: você pode ir pessoalmente a uma agência da Previdência Social, preencher um requerimento e agendar uma consulta com um médico do INSS (perícia), ou pode fazer isso pelo site – é só acessar www.previdencia.gov.br, imprimir o requerimento e agendar.

É nessa consulta que o médico do INSS vai comprovar a doença e liberar o benefício. **E fique atento:** se você não aparecer no dia agendado, o pedido será negado. Então, se tiver qualquer imprevisto, remarque a perícia até três dias antes da data agendada – você só tem direito a remarcar uma única vez!

Quando devo dar entrada no pedido?
Se você é funcionário com registro em carteira, dê entrada após 15 dias do afastamento do trabalho por causa da doença (os primeiros 15 dias de falta são pagos pela empresa). Os demais segurados do INSS, incluindo os trabalhadores domésticos e avulsos, precisam pedir o benefício logo na data de início da incapacidade para o trabalho.

E fique atento aos prazos, pois se o seu pedido for feito após 30 dias de afastamento, não há pagamento de valores retroativos.

E se não houver data disponível para o agendamento da perícia médica do INSS em 15 dias?
Nesse caso, faça rapidamente a solicitação do agendamento para a próxima data disponível e guarde o protocolo que comprove o dia em que entrou com o pedido. Aí, sim, você terá direito a pedir os valores retroativos.

Documentos necessários:

- Seu documento de identificação oficial com foto
- Seu número do CPF
- Sua carteira de trabalho ou carnês de contribuição (ou qualquer documento que comprove o pagamento do INSS) e o número de identificação do trabalhador (PIS/PASEP)
- Um relatório médico que comprove a doença, o tratamento indicado, o período sugerido de afastamento do trabalho e a justificativa da incapacidade de trabalho. Nele ainda devem constar: identificação do paciente, CID (Classificação Internacional de Doenças), data, assinatura, carimbo e CRM do médico
- Requerimento carimbado e assinado pela sua empresa, informando o último dia de trabalho

Contatos da Previdência Social:
Telefone: 135
(de segunda a sábado, das 7h às 22h)
Site: www.previdencia.gov.br

E se eu não tiver condições de ir até a agência do INSS?
Existe a possibilidade do médico do INSS ir até você. Para isso, é preciso apresentar um documento assinado pelo seu médico que prove que você não tem condições de se deslocar. Peça para um representante levar esse pedido à agência do INSS, juntamente com as informações completas do local onde você está (endereço, telefone e todas as informações para que a sua localização seja facilitada e o médico do INSS chegue até você).

Qual é o valor que receberei com auxílio-doença?
O valor corresponde a 91% da média de todo o seu período de contribuição com o INSS. Por exemplo: se você contribuiu durante 30 meses, todo o valor dos Salários de Contribuição será somado e dividido por 30. Desse valor final, você receberá 91%. Vale lembrar que esse benefício é isento do Imposto de Renda.

Quando acaba o benefício?
De acordo com a avaliação em consulta, o médico do INSS estabelece um prazo que deve ser suficiente para que você esteja recuperado e preparado para voltar ao trabalho.

E se estiver terminando o prazo do afastamento determinado pelo médico e eu sentir que não estou pronto para voltar ao trabalho?
Essa situação é comum e você pode pedir a prorrogação do benefício. Porém, **fique atento ao prazo:** você deve dar entrada no pedido de prorrogação 15 dias antes de terminar sua licença (data estipulada pelo médico do INSS), devendo agendar outra consulta com o médico do INSS. Para tanto, vá até a agência da Previdência onde fez a primeira consulta (perícia), ou ligue para a Central de Atendimento da Previdência Social, ou faça o agendamento diretamente pelo site.

E saiba que você pode conseguir a prorrogação do benefício diversas vezes, desde que não esteja em condições para voltar ao trabalho e respeite o prazo de solicitação (15 dias antes do término de cada licença para fazer o novo pedido).

O que fazer se o pedido for negado?
Você pode solicitar uma nova consulta com o médico do INSS até 30 dias depois de ter o pedido negado. Você tem direito a esse procedimento uma única vez. Se ainda assim não conseguir o benefício, entre em contato com a ABRALE para obter mais informações.

Aposentadoria por invalidez

O que é a aposentadoria por invalidez e quem pode recebê-la?
É um benefício dado ao trabalhador e ao segurado do INSS que estiver impossibilitado permanentemente de trabalhar ou exercer suas atividades habituais.

Quem recebe a aposentadoria por invalidez deve ser reavaliado pelo INSS a cada dois anos – ficam fora dessa obrigatoriedade pessoas com mais de 60 anos. Funcionários públicos têm regras próprias, então, se for o seu caso, peça informações em sua repartição.

Assim como o auxílio-doença, é uma remuneração dada ao trabalhador segurado do INSS que precise ficar afastado. A diferença é que o auxílio-doença é temporário, com data para acabar, enquanto a aposentadoria por invalidez deve ser permanente. Mesmo assim, o benefício é reavaliado pelo INSS a cada dois anos, em nova consulta médica – ficam fora dessa obrigatoriedade pessoas com mais de 60 anos. Pacientes com câncer assegurados do INSS podem solicitar o benefício – você só não terá direito caso tenha se filiado ao INSS após o diagnóstico da doença. Funcionários públicos têm regras próprias, então, se for o seu caso, peça informações em sua repartição.

Como fazer para receber a aposentadoria por invalidez?
Inicialmente você deve requerer o auxílio-doença (veja no tópico anterior todas as informações). Somente na consulta com o médico do INSS (perícia), ele pode dar o atestado que diz se você terá condições de voltar ao trabalho ou se está incapacitado permanentemente.

Qual é o valor da aposentadoria por invalidez?
O valor corresponde a 100% da média de todo o seu período de contribuição com o INSS. Por exemplo: se você contribuiu durante 30 meses, todo o valor dos últimos 30 Salários de Contribuição será somado e dividido por 30. O resultado é o valor pago integralmente, isento do Imposto de Renda.

Se eu precisar da ajuda de outra pessoa diariamente, esse benefício aumenta?
Sim, nesse caso, o valor da aposentadoria por invalidez aumenta em 25%. É também o médico do INSS que avalia a necessidade de um acompanhante para você e libera esse benefício.

Quando começo a receber a aposentadoria por invalidez?
Há duas situações: a mais comum é o auxílio-doença se transformar em aposentadoria por invalidez (quando o médico entende que você não poderá mais voltar ao trabalho). Nesse caso, o auxílio-doença é encerrado e a aposentadoria começa a valer no dia seguinte. A outra situação é a primeira perícia médica do INSS já comprovar a incapacidade permanente para o trabalho. Aí, o pagamento se inicia a partir do 16º dia de afastamento (ou da data de entrada do pedido).

O que fazer se o benefício for negado?
Você pode solicitar uma nova consulta com o médico do INSS (perícia) até 30 dias depois de ter o pedido negado. Você tem direito a esse procedimento uma única vez. Se ainda assim não conseguir o benefício, você pode entrar com uma ação na Justiça. Para saber como fazer isso, consulte a ABRALE.

Contatos da Previdência Social:
Telefone: 135
(de segunda a sábado, das 7h às 22h)
Site: www.previdencia.gov.br

Saque do FGTS

O que é o FGTS ?
É uma soma de depósitos mensais que sua empresa é obrigada a fazer em seu nome – o valor correspondente a 8% do seu salário e corrigido anualmente. Todos os trabalhadores que têm carteira assinada, registrados em regime de CLT, têm uma conta bancária vinculada ao seu contrato de trabalho: é o chamado Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), administrado pela Caixa Econômica Federal.

Eu posso sacar o FGTS?
Pacientes com câncer têm direito ao resgate total do valor depositado. Também podem resgatar o FGTS os trabalhadores que tiverem dependentes nessas condições (esposos, filhos, irmãos menores de 21 anos ou inválidos e pais), desde que os dependentes já estejam registrados no INSS ou no Imposto de Renda.

Onde faço a solicitação?
É preciso ir pessoalmente até uma agência da Caixa Econômica Federal. Para encontrar a agência mais próxima, acesse www.caixa.gov.br/atendimento ou ligue para 0800-7260207 (de segunda a sexta-feira, das 8h às 22h, aos sábados, das 10h às 16h).

Documentos necessários para o saque:
- Seu documento de identificação com foto
- Sua carteira de trabalho
- Seu número de inscrição no PIS/PASEP/NIS
- Atestado médico com validade não superior a trinta dias, contados de sua expedição, firmado com assinatura sobre carimbo e CRM do médico responsável pelo tratamento, contendo diagnóstico no qual relate as patologias ou enfermidades do paciente, o estágio clínico atual da doença e do paciente, indicando expressamente: "Paciente sintomático para a patologia classificada sob o CID_____", ou "Paciente acometido de neoplasia maligna, em razão da patologia classificada sob o CID_____", ou "Paciente acometido de neoplasia maligna nos termos da Lei nº. 8.922/94", ou "Paciente acometido de neoplasia maligna nos termos do Decreto nº. 5.860/2006",
- Laudo do exame laboratorial que comprove a doença
- No caso de saque pelo titular responsável por um dependente doente, é preciso levar um comprovante de dependência

Em quanto tempo terei o dinheiro disponível para o saque?
O prazo é de cinco dias úteis contados a partir da data de solicitação.

E se o benefício for negado?
Não desista! Você pode entrar com uma ação na Justiça. Juntamente com os mesmos documentos exigidos pela Caixa Econômica Federal, será preciso apresentar uma cópia do extrato que comprove o saldo existente no FGTS e um documento que comprove a negação do pedido do benefício. Para saber como dar andamento, consulte a ABRALE.

Para saber como dar andamento, consulte a ABRALE: 0800 773 9973

Saque do PIS/PASEP

O que é o PIS/PASEP ?
Antes de 1988, esses benefícios eram depositados numa conta vinculada ao trabalhador, assim como o FGTS. O PIS (Programa de Integração Social) se dá com empregados atuantes no setor privado e tem o pagamento sob responsabilidade da Caixa Econômica Federal. Já o PASEP (Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público) beneficia funcionários do setor público e é pago pelo Banco do Brasil.

Eu posso sacar?
Só tem direito ao fundo o trabalhador cadastrado como participante do Fundo PIS/PASEP até 04/10/1988 que ainda não sacou. Podem sacar os pacientes com câncer e trabalhadores que tiverem dependentes nessas condições (maridos e esposas, filhos, irmãos menores de 21 anos ou inválidos, e pais previamente registrados no INSS ou no Imposto de Renda).

Onde faço a solicitação?
Para sacar o benefício do PIS, vá pessoalmente até uma agência da Caixa Econômica Federal – encontre a agência mais próxima em www.caixa.gov.br/atendimento ou ligue para 0800-7260207 (de segunda a sexta-feira, das 8h às 22h, aos sábados, das 10h às 16h).

Para sacar o do PASEP, dirija-se a uma agência do Banco do Brasil – encontre a agência mais próxima em www.encontreobb.com.br, ou ligue para 4004-0001, de segunda a sexta-feira, das 7h às 22h.

Documentos necessários para o saque:
- Seu RG
- Seu CPF
- Cartão de inscrição no PIS/PASEP ou carteira de trabalho
- Um atestado médico com validade de até 30 dias, com assinatura sobre carimbo e CRM do médico responsável pelo tratamento e que contenha o diagnóstico, estágio clínico atual da doença e do paciente, indicando que o paciente está em fase sintomática. O médico não pode deixar de incluir o número do CID (Classificação Internacional de Doenças) e uma menção à Resolução de n°01 de 15/10/1996, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP.
- Cópia do exame que comprove o diagnóstico
- No caso de saque pelo titular responsável por um dependente doente, é preciso levar um comprovante de dependência

Em quanto tempo terei o dinheiro disponível para o saque?
O prazo é de cinco dias úteis contados a partir da data de solicitação.

E se o benefício for negado injustamente?
Recorra à Justiça! Juntamente com os mesmos documentos listados acima, será preciso apresentar uma cópia do extrato que comprove o saldo existente e um documento que ateste a negação do pedido do benefício. Entre em contato com a ABRALE se precisar de qualquer orientação.

Pagamento do PIS é de responsabilidade da Caixa Econômica Federal

Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS

O que é o LOAS?
É o direito do deficiente ou idoso de receber um salário mínimo mensal, desde que comprove não possuir meios de prover seu sustento e o da família: a renda de toda a família somada deve ser menor do que ¼ do salário mínimo. Para obter esse benefício não é necessário ter contribuído para a Previdência.

Pacientes com câncer têm direito ao benefício de Prestação Continuada?
Tudo dependerá de uma avaliação de um médico do INSS, além de uma avaliação financeira – um profissional do INSS (perito) deverá ir até a sua casa para comprovar a situação. Além disso, você não pode receber nenhum outro benefício.

Como obter?
Procure o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) mais perto de sua casa.

Até quando posso receber?
A cada dois anos haverá revisão do benefício para que sejam avaliadas as condições financeiras. O benefício termina em caso de morte do beneficiário ou quando ele supera as dificuldades e pode retomar o trabalho, conseguindo seu sustento.

Quais documentos são necessários?
- Seu documento de identificação com foto
- Seu CPF
- Comprovante de residência
- Certidão de nascimento ou de casamento
- Comprovante de rendimentos dos membros da família
- Documentos pessoais dos membros da família (identidade, certidão de nascimento quando menor, CPF, número do PIS/PASEP)
- Tutela, se for o caso
- Todos os formulários requeridos preenchidos

O modelo de formulário pode ser acessado no site da Previdência Social

Medicamentos gratuitos

O governo fornece remédios para tratamento do câncer de forma gratuita?
Sim! Os medicamentos usados no tratamento do câncer são os chamados medicamentos de **alto custo** e eles serão **oferecidos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)** quando seu médico indicar, pelo tempo que for necessário. Há uma listagem desses remédios, mas, caso o seu não esteja nesta lista, o médico pode fazer uma solicitação especial – até 30 dias depois do pedido, você vai receber a resposta por telegrama ou e-mail.

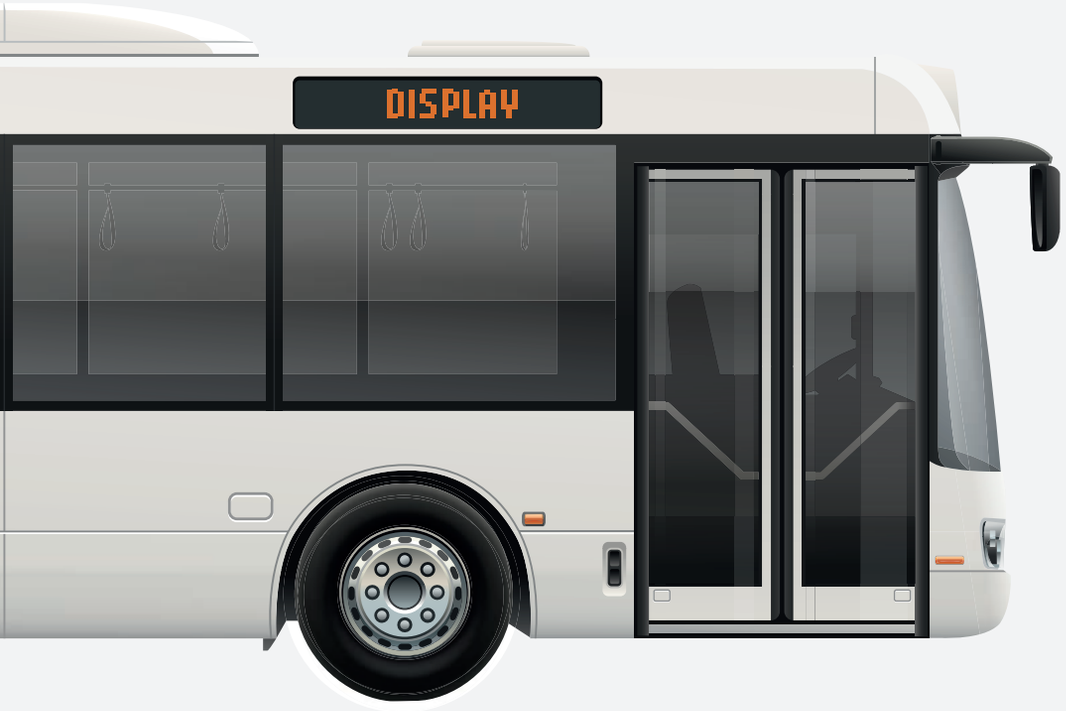
Qualquer paciente, independentemente da sua condição social, tem esse direito?
Sim, a nossa Constituição assegura o direito à saúde para todos de forma igualitária.

Onde fazer a solicitação?
Informe-se no hospital ou ambulatório onde está sendo assistido ou procure a Secretaria Municipal de Saúde da região onde mora. Normalmente, o procedimento é feito diretamente pelo médico, no próprio local de atendimento. Aprovada a solicitação, você deverá fazer as retiradas do remédio no local indicado.

E se faltar medicamento?
Infelizmente, isso pode acontecer. O primeiro passo é entrar em contato com a Ouvidoria do SUS ou com os assistentes sociais do próprio local de atendimento. Se mesmo assim não conseguir o medicamento, ligue para ABRALE que podemos ajudá-lo a resolver o problema de um jeito mais rápido.

Transporte gratuito

Eu tenho direito ao transporte coletivo gratuito?
Cada município define suas normas, por isso, informe-se na região onde mora. Em São Paulo, por exemplo, todos os pacientes com câncer que estejam em período de tratamento, como quimioterapia e radioterapia, podem pedir o benefício, que vale para metrôs, trens, ônibus municipais e intermunicipais. A solicitação deve ser feita nas empresas responsáveis por cada transporte.



Meu acompanhante também tem direito à isenção?
O benefício se estende ao seu acompanhante apenas se for comprovada a limitação de autonomia, ou seja, se o médico entender que você necessita da companhia constante de um responsável – essa afirmação deve estar escrita no laudo médico.

Tratamento fora do domicílio (TFD)

Terei alguma ajuda se precisar fazer o tratamento em um local distante?
Sim, mas somente para aquelas pessoas que são atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Se não houver condições de tratamento na sua região, é possível obter uma ajuda de custo para que você possa ir a outro local – a distância precisa ser superior a 50 km da sua casa. O Tratamento Fora do Domicílio (TFD) é oferecido de acordo com disponibilidade do orçamento de cada município. Além da ajuda de custo, o paciente tem direito a consultas e tratamentos agendados pelo SUS em outra região.

Quais são os valores oferecidos para Tratamento Fora do Domicílio?
Há uma tabela padrão (mas os municípios podem estabelecer outros valores): R$ 181,50 para transporte aéreo (a cada 200 milhas), R$ 4,95 para transporte terrestre (a cada 50 km), R$ 3,70 para transporte fluvial (a cada 50 km), R$ 16,80 para alimentação do paciente e acompanhante, R$ 49,50 para diária completa com acompanhante (alimentação e pernoite), R$ 8,40 para alimentação do paciente sem acompanhante e R$ R$ 24,75 para diária completa apenas do paciente (alimentação e pernoite).

Como conseguir o benefício?
O médico do SUS é quem avalia e indica a necessidade do Tratamento Fora do Domicílio. O pedido deve ser oficializado na Secretaria Estadual/Municipal de Saúde ou Departamento Regional de Saúde de sua região.

E se o meu pedido de TFD for negado?
Nesse caso, o município é obrigado a disponibilizar o atendimento e o tratamento correto em uma unidade de serviço do SUS no próprio local. Se isso não acontecer, você pode reivindicar seu direito na Justiça.

Prioridade na Justiça

O que significa o benefício de prioridade em processos judiciais e administrativos?
Significa que com qualquer tipo de processo na Justiça que o paciente de câncer estiver envolvido, é possível obter andamento preferencial. Ou seja, seus processos serão tratados e julgados de forma prioritária, portanto deve haver mais agilidade e você não precisará aguardar os prazos normais. Isso vale tanto para os novos processos que você vier a mover ou para os que já estavam em andamento antes da descoberta da doença. É também garantido o direito ao atendimento preferencial pela Defensoria Pública.

Como obter esse direito?
É necessário fazer o pedido à autoridade judiciária, apresentando provas da doença (laudos, relatórios médicos, exames...).

Há prioridade para o recebimento de precatórios?
Os precatórios são as dívidas judiciais que o governo tem com o cidadão. Funciona assim: se você ganhar um processo na Justiça contra algum órgão do governo, você entrará em uma fila para receber o pagamento. Isso pode demorar anos, mas pessoas com doenças graves, como o câncer, podem conseguir prioridade no recebimento. O judiciário analisa caso a caso, verificando a urgência dos pedidos, e decide se concede a prioridade. Vale tentar!

Como pedir prioridade no recebimento de precatórios?
É preciso fazer o pedido ao presidente do Tribunal de Justiça de seu município, apresentando seu histórico da doença – um relatório médico, laudos e exames.

Quitação do financiamento da casa própria

O que é o direito à quitação do financiamento da casa própria?
Quando você entra em um financiamento imobiliário, é comum que precise contratar um seguro para garantir a quitação do imóvel em caso de morte ou invalidez resultante de alguma doença. Por isso, se você está na situação de invalidez, veja se tem essa cobertura no contrato do financiamento.

Se tiver, o seguro quita a sua parte. Por exemplo: se você entrou no financiamento com responsabilidade de pagar 100% dele, o seguro pagará o total restante, se você entrou com responsabilidade de pagar 50% do financiamento (e outra pessoa paga a outra metade), o seguro pagará os 50% que correspondem à sua parte (mas a outra pessoa continuará pagando a parte dela).

Eu tenho direito a esse benefício?
Somente se você tiver esta cláusula de seguro no contrato e se encontrar na condição de incapacidade por invalidez.

Como solicitar?
Você deve procurar o banco que fez o financiamento (ou a Cohab ou a Caixa, dependendo do seu caso) e ele encaminhará o pedido à seguradora. Você deve apresentar os seguintes documentos:

- Aviso de Sinistro Habitacional
- Declaração de Invalidez Permanente preenchida e assinada pelo órgão que cuida da sua previdência
- Carta de concessão da aposentadoria por invalidez permanente, emitida pelo seu órgão previdenciário
- Comunicado de sinistro com firma reconhecida do seu médico assistente
- Contrato de financiamento (e alterações contratuais, se houver)
- Declaração com indicação de responsabilidades de cada financiado (com o valor que você entrou na composição da renda para a compra da casa)
- Demonstrativo de evolução do saldo devedor (demonstrativo de pagamento de parcelas, ou planilha de evolução da dívida)

Funcionários Públicos devem apresentar publicação da aposentadoria no Diário Oficial. Já os militares devem apresentar quadro nosológico.

Garantias nos estudos e no trabalho

Alunos com câncer que não possam comparecer à escola ou universidade diariamente têm alguma alternativa para continuar estudando?
Sim! Se o estudante não tiver condições de ir às aulas com frequência deverá compensar as faltas com exercícios feitos em casa, com o devido acompanhamento da escola. Isso vale para alunos de qualquer nível de ensino. Para tanto, é preciso apresentar um atestado médico à instituição.

E se a escola se recusar a oferecer o acompanhamento para compensar as faltas?
Como se trata de um decreto-lei, é possível acionar a Justiça. Mas, antes, entre em contato com a ABRALE. Nossos advogados podem ajudá-lo nessa conversa com a escola para resolver a questão.

Trabalhadores com câncer têm algum tipo de garantia de estabilidade no trabalho?
Não há lei que garanta a estabilidade do trabalhador com câncer, a não ser nos casos em que a doença tenha surgido em razão do trabalho (se você teve contato com substâncias radioativas no dia a dia que desencadearam a doença, por exemplo). A única garantia é que durante o período em que você recebe o auxílio-doença, a empresa não pode mandá-lo embora – mas isso pode acontecer na sua volta.

Embora não exista uma lei que assegure a estabilidade, em muitos casos, a Justiça têm sido favorável em relação a processos por demissão de pacientes com doenças graves. Nos tribunais do trabalho, há uma posição que considera discriminatória a demissão nesse caso. Mas para garantir a permanência no emprego, é preciso entrar com uma ação trabalhista. Por isso, vale tentar questionar. Os advogados da ABRALE podem dar todas as orientações.

Renda mensal pela previdência privada

O que é a previdência privada?
Funciona como se fosse uma aposentadoria, mas não é ligada ao INSS. É um plano que você contrata com uma seguradora particular e vai pagando mensalmente, guardando recursos para que tenha uma renda mensal no futuro, em um período combinado.

Pacientes com câncer podem solicitar o pagamento mensal da previdência privada antecipadamente?
Em geral, isso está previsto em contrato. Leia atentamente o seu antes de reclamar na seguradora. A maioria garante esse direito apenas aos pacientes que estejam em condições de invalidez, ou seja, se o câncer provocar a invalidez é possível solicitar o benefício.

Como fazer o pedido?
É necessário apresentar para a seguradora da previdência privada um relatório médico que comprove a invalidez. Cada seguradora tem um procedimento diferente e pede documentos específicos para a liberação do benefício. Consulte a sua.

Seguro de vida

O que é seguro de vida?
É um contrato que você faz com uma seguradora que garante um apoio financeiro a seus dependentes no caso da sua falta. Se você trabalha em uma empresa, vale consultá-la para saber se você tem esse benefício, pois muitas fazem o plano de seguro aos funcionários.

Pacientes com câncer têm direito a alguma indenização do seguro de vida?
Normalmente, há uma cláusula no contrato que garante indenização apenas aos pacientes que estejam em condições de invalidez. Se o câncer provocar a invalidez, é possível solicitar o benefício.

Como fazer o pedido?
É necessário apresentar para a seguradora um relatório médico que comprove a invalidez. Cada seguradora tem um procedimento diferente e pede documentos específicos para a liberação do benefício. Consulte a sua.

Se o câncer provocar a invalidez, é possível solicitar o benefício.

Isenção de Imposto de Renda

O que é o Imposto de Renda?
É um tributo cobrado pelo Governo sobre o salário de trabalhadores, atividades econômicas e rendimentos. Todos os anos, é preciso preencher e entregar a declaração à Receita Federal – há um limite mínimo de recebimento e bens, por isso, alguns cidadãos se declaram como isentos.

Eu tenho direito à isenção do Imposto de Renda?
Sim, pacientes com câncer ficam isentos do Imposto de Renda apenas sobre rendimentos de aposentadoria, reforma (que equivale à aposentadoria de militares) e recebimentos de pensão. Só nesses casos mesmo! Ou seja, se você estiver recebendo salário, você pagará o Imposto de Renda sobre esse rendimento, sim.

E atenção: mesmo com a isenção sobre aposentadoria, reforma e pensão, é preciso continuar declarando Imposto de Renda todo ano (caso você se enquadre nas condições de obrigatoriedade) – a diferença é que você precisará declarar esses benefícios no campo "Rendimentos Isentos e Não Tributáveis" da declaração(cortar).

Como fazer para receber esse benefício?
Você deve procurar a instituição responsável pelo seu pagamento de aposentadoria, pensão ou reforma (na maioria dos casos é a Previdência Social). Aí, será preciso passar por uma consulta com médico do local para que ele comprove a doença e libere a isenção.

Quando devo dar entrada no pedido?
Assim que descobrir a doença você já pode dar entrada. Mas fique tranquilo, pois se você demorar é possível conseguir a restituição do Imposto retroativo desde o diagnóstico (limite de cinco anos).

Documentos necessários:

- Requerimento de Isenção de Imposto de Renda
- Relatório médico emitido por serviço médico oficial da União, Estados, DF ou Municípios com validade de 30 dias. Esse laudo deve conter: diagnóstico da doença e histórico do paciente, CID (Classificação Internacional de Doenças), sequelas que possam ser resultantes da doença, justificativa da incapacidade para trabalho, data de início da doença (se não for possível indicar, será considerada a data da emissão do laudo), assinatura, CRM e carimbo do médico
- Exame laboratorial que confirme a doença
- Comprovantes da renda recebida

Quando passa a valer o benefício?
Assim que a isenção é aprovada, a fonte pagadora automaticamente deixa de descontar o Imposto de Renda.

E se o benefício for negado injustamente?
Recorra à Justiça! Se precisar de ajuda nesse momento, entre em contato com a ABRALE.

Contatos da Receita Federal:
Telefone: 146 (atendimento 24 horas)
Site: www.receita.fazenda.gov.br

Isenção do IPTU

O que é o IPTU?
O Imposto sobre Propriedade Predial e Territorial Urbana é um tributo cobrado sobre a posse de todo tipo de imóvel localizado em zona urbana.

Pacientes com câncer têm direito à isenção de IPTU?
Não há uma lei nacional que garanta a isenção. Assim, cada município tem sua legislação e pode ou não dar o benefício a portadores de doenças graves, como câncer. Informe-se na Secretaria das Finanças do seu município e verifique o que é preciso para dar entrada no pedido.

Informe-se na Secretaria das Finanças do seu município e verifique se você tem direito a isenção do IPTU.

Compra de carro adaptado

Isenção de IPI

O que é o IPI?
O IPI (Imposto sobre Produtos Industrializados) é um imposto taxado sobre a fabricação de qualquer produto brasileiro. No caso dos carros, o valor desse imposto já está embutido no preço final, por isso, as pessoas que têm direito à isenção do IPI podem fazer a compra do veículo com desconto. Atenção: a isenção só vale para carros fabricados no Brasil.

Eu tenho direito à isenção do IPI?
Só têm direito à isenção os pacientes com câncer que ficaram com alguma sequela em membros superiores ou inferiores. Se esse for o seu caso, você terá direito a comprar um veículo adaptado (com câmbio automático e direção hidráulica), com o valor do imposto descontado. Se você estiver incapacitado de dirigir, poderá pedir a isenção em nome de um representante (até três pessoas podem ter a autorização de dirigir seu veículo).

Mulheres que tiveram câncer de mama e tiraram os gânglios linfáticos das axilas têm esse direito.

Atenção: a isenção só vale para carros fabricados no Brasil.

Como solicitar o benefício?
O primeiro passo é ir ao Departamento de Trânsito da sua região para conseguir um atestado com médico do próprio local que comprove a deficiência. O ideal é ligar antes e ver se é preciso agendar o atendimento. Você também pode fazer a solicitação na Receita Federal.

Documentos necessários para a solicitação:
- Laudo de perícia médica feito pelo DETRAN ou serviço público de saúde que ateste o tipo de deficiência (com CID da doença) e a incapacidade para conduzir veículos comuns. Esse relatório também deve descrever o tipo de veículo adequado para o paciente
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH) com a especificação do veículo que está autorizado a dirigir
- Cópia simples do seu RG e CPF
- Comprovação de disponibilidade financeira para a compra
- Requerimento específico em três vias, dirigido ao Delegado da Receita Federal da Inspetoria de Classe A de onde você mora (com cópias dos documentos acima)
- Para conseguir o benefício você não pode ter pendências na Secretaria da Receita Federal

Poderei vender o carro que comprar com isenção de IPI?
Sim, você pode vendê-lo a qualquer pessoa, mas somente depois de dois anos. E o benefício pode ser usado novamente na compra dos seus próximos carros, de dois em dois anos, repetindo-se todo o processo.

Isenção de ICMS

O que é o ICMS?
O ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias) é uma taxa estadual que também é cobrada sobre a venda de automóveis. Cada Estado estipula seu valor.

Eu tenho direito à isenção do ICMS?
Verifique a legislação do seu Estado, mas de forma geral, a regra é a mesma para a isenção do IPI: só têm direito os pacientes com câncer que ficaram com alguma sequela em membros superiores ou inferiores. Se esse for o seu caso, você terá direito a comprar um veículo adaptado (com câmbio automático e direção hidráulica), com o valor do imposto descontado. Mas nesse caso, se você não puder dirigir, o desconto não pode ser repassado a um representante.

Mulheres que tiveram câncer de mama e tiraram os gânglios linfáticos das axilas têm esse direito.

Como solicitar o benefício?
Você deve ir ao Departamento de Trânsito da sua região. O ideal é ligar antes e ver se é preciso agendar o atendimento.

Documentos necessários para a solicitação:

- Laudo de perícia médica feito pelo DETRAN ou serviço público de saúde que ateste o tipo de deficiência (com CID da doença) e a incapacidade para conduzir veículos comuns. Esse relatório também deve descrever o tipo de veículo adequado para o paciente
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) com a especificação do veículo que está autorizado a dirigir
- Cópia autenticada da autorização expedida pela Secretaria da Receita Federal para aquisição do veículo com isenção do IPI
- Comprovante de residência
- Cópia autenticada do RG e CPF
- Comprovação de disponibilidade financeira para a compra
- Requerimento específico em três vias, dirigido ao Delegado da Receita Federal da
- Inspetoria de Classe A de onde você mora (com cópias dos documentos acima)
- Para conseguir o benefício você não pode ter pendências na Secretaria da Receita Federal

Há um limite em relação ao preço do carro?
Sim, o preço do veículo não pode ser maior do que *R$ 70 mil.

Poderei vender o carro que comprar com isenção de ICMS?
Sim, você pode vendê-lo a qualquer pessoa, mas somente após três anos. E o benefício pode ser usado novamente na compra dos seus próximos carros, repetindo-se todo o processo.

*Valor vigente em Setembro/2018

Isenção de IOF

O que é IOF?
O Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) é uma taxa federal que incide também no financiamento de automóveis.

Eu tenho direito à isenção de IOF na compra do carro?
Apenas uma vez! E só têm direito à isenção os pacientes com câncer que ficaram com alguma sequela em membros superiores ou inferiores. Se esse for o seu caso, você terá direito à isenção na compra de um veículo adaptado (com câmbio automático e direção hidráulica) fabricado no Brasil, com até 127 HP de potência bruta.

Mulheres que tiveram câncer de mama e tiraram os gânglios linfáticos das axilas têm esse direito.

Poderei vender o carro que comprar com isenção de IOF?
Sim, você pode vendê-lo a qualquer pessoa, mas somente após três anos. E o benefício só pode ser usado uma vez.

Como solicitar o benefício?
Vá até o Departamento de Trânsito de sua região para conseguir um atestado com médico do próprio local que comprove a deficiência. O ideal é ligar antes e ver se é preciso agendar o atendimento. Você também pode fazer a solicitação na Receita Federal.

Isenção do IPVA

O que é o IPVA?
É o Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores pago anualmente pelo proprietário do carro.

Eu tenho direito à isenção do IPVA?
A legislação varia em cada Estado, mas a maioria isenta o deficiente físico de pagar o IPVA sobre veículos de fabricação nacional, assim como os pacientes com câncer que ficaram com alguma sequela em membros superiores ou inferiores.

Onde fazer a solicitação?
No Departamento de Trânsito da cidade onde seu veículo está registrado ou na Secretaria Estadual da Fazenda – cada Estado tem sua legislação e estabelece requisitos próprios para isenção. Esses departamentos darão todas as informações para que você entre com o pedido. E saiba que a isenção do IPVA só vale para um veículo, ou seja, se você tiver dois carros em seu nome, só conseguirá a isenção de um deles.

E se eu demorar anos a pedir a isenção, posso pedir de volta os valores pagos anteriormente?
Sim! Você pode solicitar a restituição dos valores referentes à data do diagnóstico comprovado da doença (limite de cinco anos).

Liberação do rodízio de automóveis e cartão de deficiente

Pacientes com câncer podem circular de carro pela cidade em dia de rodízio?
Em São Paulo, funciona um rodízio que proíbe a circulação dos carros em determinadas zonas uma vez por semana, de acordo com o final da placa do automóvel. Porém, portadores de deficiência conseguem a liberação do rodízio, e muitas vezes, os pacientes de câncer se enquadram nessas condições – se você conseguir a liberação para compra do veículo adaptado, certamente conseguirá a liberação do rodízio.

Como fazer o pedido da liberação do rodízio?
É preciso preencher um formulário específico (retire no DSV ou pelo site www.cetsp.com.br) e entregá-lo assinado juntamente com: cópias do seu RG e CPF, da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo e atestado médico original que comprove a deficiência (é preciso que esteja especificado o CID, Código Internacional de Doenças, e tenha assinatura, CRM e carimbo do médico), com data de até 3 meses.

Endereço de entrega em São Paulo:
DSV/Autorizações especiais – Rua Sumidouro, 760, Pinheiros, São Paulo, SP.
De segunda a sexta-feira, das 9h às 17h.
Dúvidas, ligue para (11) 3812-3281.

Pacientes com câncer têm direito a estacionar em vaga de deficiente?
Só têm esse direito os pacientes com câncer que ficaram com alguma sequela da doença e são considerados deficientes. Se esse for o seu caso, é preciso solicitar uma autorização especial no DSV e retirar um cartão de identificação que deve ser colocado no carro toda vez que parar nas vagas especiais.

Como pedir o cartão?
É preciso ir ao departamento de operações do sistema viário da sua região e preencher um formulário. Depois, basta entregá-lo juntamente com cópias do RG, do comprovante de residência e um atestado médico original que comprove a deficiência (ele deve conter a indicação do CID - Código Internacional de Doenças, assinatura, carimbo e CRM do médico, com data até 3 meses).

Natalia Riquena
Linfoma

Cíntia Gonçales
Linfoma e Leucemia Mielóide Aguda

A SAÚDE NO BRASIL.

Entenda como funcionam os sistemas públicos e privado

Sistema Único de Saúde (SUS)

O que é o SUS?
O Sistema Único de Saúde é o serviço público de saúde ao qual todo brasileiro tem direito. Ele inclui todo tipo de atendimento, de forma gratuita, desde o ambulatorial até o transplante de órgãos e o acesso aos medicamentos.

Qual órgão é responsável pelo SUS?
Existe uma divisão de responsabilidades entre os três poderes: Federal, Estadual e Municipal. Cada um tem as suas funções, os seus limites de atuação, mas o ideal para o funcionamento do sistema de saúde nas cidades é a gestão conjunta de todos esses atores.

Como faço para usar?
É preciso se cadastrar na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais perto de sua casa e fazer o Cartão SUS. Para isso, leve seu RG e comprovante de residência. Quando precisar de atendimento, você poderá usar Postos de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Unidades de Atendimento Médico Ambulatorial, pronto socorro e hospitais.

E se houver demora e eu precisar de um tratamento rapidamente?
Infelizmente muitas vezes há uma longa espera. O problema maior costuma ser a demora na realização dos exames que dão o diagnóstico da doença. Por isso, tente agendá-los o mais rápido que conseguir. E saiba que assim que você tiver o resultado com o diagnóstico do câncer em mãos, poderá contar com uma lei que obriga o início do tratamento em até 60 dias: é a chamada Lei dos 60 dias.

Quem eu devo procurar em caso de descumprimento da Lei dos 60 dias?
Se esse prazo não for respeitado, procure a ouvidoria da unidade de saúde onde está sendo atendido. Se não der certo, entre em contato com a ABRALE. Nossos advogados entrarão em contato com a unidade e até mesmo com o Ministério da Saúde para ajudá-lo a fazer valer esse direito. Em último caso, é possível acionar a Justiça.

Tenho direito à cirurgia de reconstrução mamária pelo SUS?
Sim, todas as mulheres que tiraram total ou parcialmente a mama para o tratamento de um câncer têm direito à cirurgia plástica reparadora da mama. Se você estiver em tratamento, exija o agendamento da cirurgia no mesmo local. Se já não estiver mais em tratamento, vá a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para solicitar que seja encaminhada a uma unidade especializada.

Contato do Disque Saúde:
Telefone: 136 (ouvidoria do SUS), de segunda a sexta-feira, das 7h às 22h, aos sábados e domingos, das 8h às 18h, não disponível nos feriados.

Planos de saúde

O que é plano de saúde?
O plano de saúde é um serviço oferecido por operadoras e empresas privadas, com a finalidade de prestar assistência médica e hospitalar.

A assistência à saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Esta garantia está disposta na Constituição Federal do Brasil, mas não é suficientemente eficaz para atender toda a população. Por isso, o Estado permite à iniciativa privada a prestação de serviços médicos e hospitalares como forma de assistência complementar à saúde.

Assim, surgem os Planos de Saúde Privados. Para obtê-los, basta assinar um contrato com uma operadora de sua preferência e, com o pagamento da mensalidade, a pessoa passa a ter garantia da cobertura de seus gastos médicos, hospitalares e ambulatoriais prestados por sua Rede Assistencial (o conjunto de médicos, hospitais e exames ligados ao seu plano).

Vale lembrar que as propostas e contratos, que podem ser diferentes em cada um dos planos, estão submetidos às regras da lei 9.656/98 e ao Código de Defesa do Consumidor. Atualmente, no país, são mais de 47 milhões de consumidores que utilizam de planos de saúde para realizar consultas, exames ou internações.

Qual órgão é responsável por cuidar dos planos de saúde?
A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) é o órgão responsável por regulamentar, normatizar, controlar e fiscalizar os planos de saúde no Brasil. A agência, que é vinculada ao Ministério da Saúde, tira dúvidas sobre planos pelo telefone 0800-701- 9656 e pelo site www.ans.gov.br.

Tipos de planos de saúde. Veja em qual você se enquadra:
Novo - Quando o contrato com a operadora foi realizado após 2 de janeiro de 1999 (vigência da Lei nº 9.656/1198). Este plano é obrigado a cobrir o tratamento para todas as doenças listadas na CID (Classificação Internacional de Doenças). Ele também está sujeito à fiscalização da ANS, Leis dos Planos de Saúde e Código de Defesa do Consumidor.

Antigo - Quando o contrato é de antes de 2 de janeiro de 1999. Isso significa que este plano não é fiscalizado pela ANS e nem obedece aos termos da Lei dos Planos de Saúde, mas está amparado pelo Código de Defesa do Consumidor. Importante! A qualquer momento, você poderá mudá-lo para um plano novo. Entre em contato com sua operadora.

Adaptado - Quando o contrato é de antes de 2 de janeiro de 1999, mas o plano foi adaptado às regras da Lei dos Planos e Seguros de Saúde, garantindo ao paciente as mesmas coberturas dos planos novos. É importante salientar que o aumento da mensalidade não pode ser superior a 20,59% por ano.

Quais os tipos de cobertura existentes nos planos de saúde?
Plano ambulatorial - compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas. Cobre também atendimentos e procedimentos ditos como urgentes e de emergência até as primeiras 12 horas. Importante! Internações não estão inclusas.

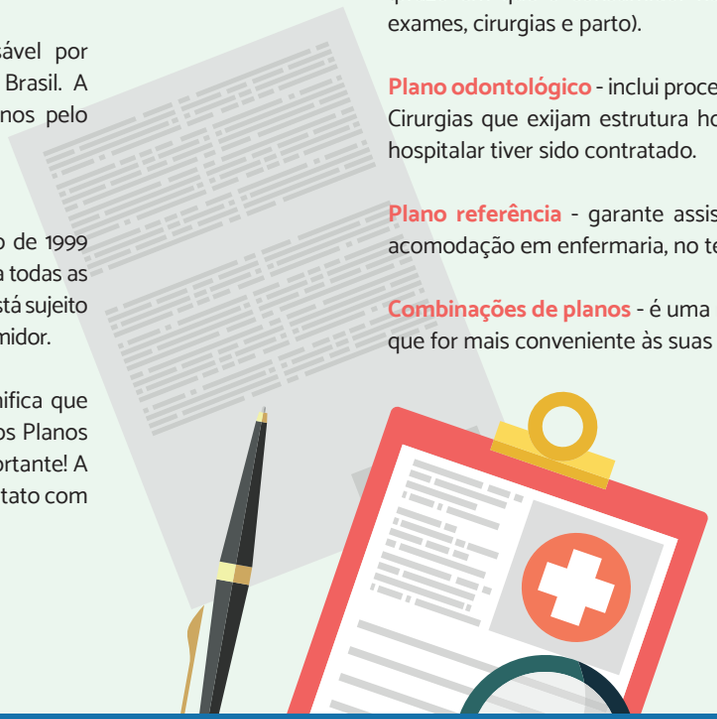
Plano hospitalar sem obstetrícia - inclui atendimento com número ilimitado de diárias (internação), inclusive para UTI, transfusões, quimioterapia e radioterapia. Contempla também os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência que evoluírem para internação ou que sejam necessários à preservação da vida. Importante! Este plano não cobre nenhum atendimento referente à gestação.

Plano hospitalar com obstetrícia - tem todas as coberturas do plano sem obstetrícia (informações acima) e ainda inclui pré-natal, parto e cuidados com o bebê até 30 dias após o nascimento. Estes 30 dias também é o prazo para que o recém-nascido seja inscrito no plano de saúde como dependente, isento do cumprimento de carência (prazo em que o consumidor não tem acesso a procedimentos como consultas, exames, cirurgias e parto).

Plano odontológico - inclui procedimentos odontológicos realizados em consultório. Cirurgias que exijam estrutura hospitalar só serão totalmente cobertas se o plano hospitalar tiver sido contratado.

Plano referência - garante assistência ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com acomodação em enfermaria, no território nacional.

Combinações de planos - é uma mescla de planos e cabe ao consumidor escolher o que for mais conveniente às suas necessidades.



Fique de olho
Ao contratar um plano, você precisa observar a segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, odontológico e referência), o tipo de acomodação (apartamento ou enfermaria), a abrangência geográfica (municipal, grupo de municípios, estadual, grupo de estados ou nacional) e a área de atuação (estados ou municípios).

Há carência para quem muda de plano?
Não há carência para quem mudar de plano, quando o beneficiário já a cumpriu no plano anterior e se os dois forem da mesma faixa de preço. Mas quando o beneficiário decide trocar de plano na mesma operadora, de acordo com a ANS, pode-se cobrar carência em relação aos profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde que não faziam parte do plano anterior, incluindo as melhorias na acomodação de internações.

Quais são os prazos máximos de carência?
Para saber a partir de quando você poderá utilizar seu plano após a contratação, é importante verificar os prazos de carência. Carência é o tempo que você terá de esperar para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado procedimento. Esse tipo de informação está presente no seu contrato.

Mas é fundamental destacar que você tem direito a algumas coberturas a partir de um prazo determinado, que é de:
- 24 horas para urgências e emergências,
- 300 dias para parto a termo (gestações com mais de 37 semanas),
- 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias,
- 24 meses para doenças pré-existentes.

Quais são as coberturas que podem ser limitadas no período de carência para doenças pré-existentes?
Não serão cobertos pelo plano de saúde procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade, e leitos de alta tecnologia relacionados apenas às doenças pré-existentes declaradas (quando a pessoa já tem conhecimento) no momento da contratação do plano. Após 24 meses, o beneficiário passa a contar com cobertura integral.

Fique de olho
Todos têm direito de contratar plano de saúde, independentemente de possuírem doença pré-existente. A pessoa, no entanto, poderá ser submetida à perícia ou exame antes da contratação.

O que a operadora do plano de saúde é obrigada a cobrir?
A ANS define uma lista de consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que os planos de saúde são obrigados a oferecer. Essa lista é válida para os planos novos (contratados a partir de janeiro de 1999). A operadora fica livre para oferecer outros procedimentos além dos que estão listados no Rol.

Se o plano for adaptado, terá a mesma cobertura dos planos novos, somando às coberturas previstas no contrato original.

Se o plano for antigo e não adaptado, a cobertura será a que estiver determinada no contrato. Mas, a qualquer momento, ele poderá ser adaptado ou migrado e passar a ter a cobertura dos planos novos.

Quais são os limites para consultas e exames?
Não pode haver limitação de cobertura para consultas médicas e fisioterápicas, exames e número de dias em internações, mesmo em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI) para planos novos ou adaptados. As exceções são somente para sessões de psicoterapia (40 sessões por ano), terapia ocupacional (40 sessões por ano), nutrição (18 sessões por ano) e fonoaudiologia (48 sessões por ano).

Fique de olho
Apenas o médico pode determinar qual é o tempo necessário de internação.

O que fazer em casos de demissão sem justa causa ou de aposentadoria para continuar com seu plano de saúde?
Depende. Se a empresa custeava totalmente o plano, o ex-funcionário ou o aposentado perdem o direito a esse benefício.

O aposentado ou o ex-funcionário dispensado ou demitido sem justa causa, que contribuíam com uma porcentagem para o pagamento do plano de saúde, podem mantê-lo com as mesmas condições de cobertura, desde que paguem integralmente por ele. Vale ressaltar que o valor será pago para a empresa e não para o plano de saúde.

O trabalhador tem até 30 dias após o desligamento completo da empresa para informar o empregador seu desejo de manter o plano de saúde.

O tempo que o ex-funcionário demitido sem justa causa e o aposentado pode permanecer com o plano varia:

- O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por dez anos ou mais tem o direito de se manter no plano enquanto a empresa empregadora oferecer esse benefício a seus empregados ativos e desde que não seja admitido em um novo emprego.
- O aposentado que contribuiu para o plano de saúde por menos de dez anos poderá permanecer no plano por um ano para cada ano de contribuição, desde que não seja admitido em um novo emprego.
- O ex-empregado demitido ou dispensado sem justa causa terá direito ao tempo de permanência em que tenha contribuído para o plano, referente a um mínimo de seis meses e máximo de 24 meses.
- Quando o funcionário pedir demissão, não terá direito a continuar com o plano de saúde da empresa.

Fique de olho
O aposentado ou o ex-empregado demitido sem justa causa tem o direito de contratar um plano individual com aproveitamento das carências já cumpridas, caso a operadora comercialize plano de contratação individual e familiar. A contratação deve ser feita em até 30 dias após a rescisão.

Quais são os prazos máximos para atendimento?

SERVIÇOS	PRAZO MÁXIMO PARA ATENDIMENTO (DIAS ÚTEIS)
Consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia)	7
Consulta nas demais especialidades	14
Consulta com fonoaudiólogo	10
Consulta com nutricionista	10
Consulta com psicólogo	10
Consulta com terapeuta ocupacional	10
Consulta com fisioterapeuta	10
Consulta e procedimentos realizados em consultório/ clínica com cirurgião-dentista	7
Serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial	3
Demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial	10
Procedimentos de alta complexidade	21
Atendimento em regime hospital-dia	10
Atendimento em regime de internação eletiva	21
Urgência e emergência	Imediato
Consulta de retorno	A critério do profissional responsável pelo atendimento

Fique de olho
Esses prazos referem-se a atendimento por qualquer profissional da especialidade desejada e não por um profissional específico da preferência do segurado.

Que procedimentos os planos são obrigados a cobrir?
A lista com os procedimentos obrigatórios, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018, está disponível na internet, no site da ANS: www.ans.gov.br

Máquina de Quimioterapia

O plano pode se recusar a cobrir despesas com tratamento oncológico ambulatorial e hospitalar, tais como quimioterapia, radioterapia e procedimento cirúrgico?
O plano deve oferecer os procedimentos previstos na cobertura mínima obrigatória, chamada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A Lei dos Planos e Seguros de Saúde estabelece que o plano é obrigado a cobrir todas as despesas com tratamento oncológico, incluindo quimioterapia, radioterapia e cirurgia, observadas as condições e a cobertura do tipo de plano contratado (ambulatorial/hospitalar).

Para ver a lista completa da cobertura mínima obrigatória, acesse o site da ANS: www.ans.gov.br

É obrigatória a cobertura de quimioterápico oral fora do ambiente hospitalar?
A ANS estabeleceu uma lista de medicamentos com cobertura obrigatória. Desde janeiro de 2014, os planos são obrigados a cobrir o tratamento do câncer à base de medicamentos orais de administração domiciliar. Além disso, a partir de maio de 2014, os planos passaram a cobrir medicamentos para controle de efeitos colaterais comuns ao tratamento oncológico, como as náuseas, por exemplo.

Para conseguir estes medicamentos, o paciente deve solicitá-los ao plano de saúde, apresentando a receita médica.

Os planos devem cobrir exames mais modernos, como PET/CT e mamografia digital?
Sim, a cobertura do PET/CT (exame por imagens) é obrigatória para casos de linfoma, câncer pulmonar de células não pequenas, nódulo pulmonar solitário, câncer de mama metastático, câncer de cabeça e pescoço, câncer de esôfago localmente avançado, melanoma e câncer de colo-retal. A mamografia digital é obrigatória para mulheres entre 40 e 69 anos de idade.

A legislação pode ser vista no portal da ANS: www.ans.gov.br

Máquina PET/CT Scan

Os transplantes de medula óssea são cobertos pelos planos?
Sim, tanto os transplantes autólogos (em que se utiliza a medula do próprio paciente), quanto os alogênicos aparentados (em que a medula vem de um doador da família). Nos outros tipos de transplante, como o alogênico não-aparentado ou de células do cordão umbilical, deve-se fazer a solicitação para o plano. Em caso de negativa, será necessário entrar com ação judicial.

Toda negativa do plano de saúde deve ser feita por escrito?
A operadora deverá documentar por escrito de forma detalhada o motivo de negar o procedimento, em linguagem clara e adequada, no prazo máximo de 48 horas a partir da negativa, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique. O segurado poderá solicitar que as informações sejam enviadas por correspondência ou por e-mail, dentro desse prazo. Trata-se de um direito garantido pela Resolução Normativa de nº 319 de 5 de março de 2013.

Legislação disponível no site da ANS: www.ans.gov.br

A quem recorrer em caso de negativa?
Você pode fazer uma denúncia à ANS, que exige que as operadoras respondam à queixa em até cinco dias. Caso não tenha resposta, a ANS abrirá processo administrativo para verificar a ocorrência de infração por parte da operadora. As denúncias podem ser feitas pelo telefone 0800-701-9656, pela internet (www.ans.gov.br) ou por carta (Rua Augusto Severo, 84, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20021-040).

Não sendo solucionado o problema ou demorando a resposta, o paciente que se sentir injustiçado tem a possibilidade de reivindicar na Justiça a cobertura integral do tratamento, medicamento ou exame. É feito um pedido de urgência (liminar), que deve ser julgado no máximo em 48 horas.

Como reivindicar na Justiça?
Para entrar com uma ação judicial e pedir uma Liminar o paciente vai precisar de um advogado. **São três as maneiras de se obter ajuda deste profissional:**

1- Contratação de um advogado particular
2- Por meio da Defensoria Pública Estadual, para as pessoas com renda máxima de até 3 salários mínimos
3- Por meio de Juizados Especiais Cíveis, para ações com o valor da causa de até 40 salários mínimos. Se o valor da causa não superar o custo de 20 salários mínimos, não é preciso contar com o serviço de advogado, ou seja, o paciente pode escrever de próprio punho sua manifestação

Se você tiver qualquer dúvida sobre o que fazer, a equipe jurídica da Abrale pode ajudar! Basta entrar em contato pelos telefones (11) 3149-5190 ou 0800-773-9973 ou pelo e-mail abrale@abrale.org.br.

Caso o médico do paciente e o médico do plano discordem de algum procedimento ou exame, o que pode ser feito?
Você tem direito a uma segunda e terceira opinião com especialistas de centros de tratamento de referência, profissionais estes escolhidos em comum acordo com o plano de saúde de acordo com a resolução nº 8 do Consu (Conselho de Saúde Suplementar).

Também é possível obter estas opiniões de um especialista não credenciado pelo plano de saúde. Mas neste caso, os custos serão arcados pelo próprio paciente.

Veja quais os quimioterápicos que têm cobertura obrigatória, pelos planos de saúde, fora do ambiente hospitalar (lista consultada no site da ANS, PARECER TÉCNICO Nº 27/GEAS/GGRAS/DIPRO/2018, em setembro/2018)

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Abiraterona, Acetato de	Próstata	Metastático resistente à castração que são assintomáticos ou levemente sintomáticos, após falha à terapia de privação androgênica.
	Próstata	Avançado metastático resistente à castração e que receberam quimioterapia prévia com docetaxel.
Afatinibe	Pulmão não pequenascélulas	Primeira linha, para pacientes adultos, com câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC), com histologia de adenocarcinoma, localmente avançado ou metastático, com mutações no receptor do fator de crescimento epidermóide (EGFR), não tratados previamente com inibidores da tirosina quinase do EGFR.
Anastrozol	Mama	Adjuvante na pós-menopausa em mulheres com tumor receptor hormonal positivo.
	Mama	Primeira linha de tratamento em mulheres na pósmenopausa com câncer de mama metastático receptor hormonal positivo.
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na pósmenopausa com progressão da doença em uso de tamoxifeno.
Bicalutamida	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica.
	Próstata	Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável.
Bussulfano	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Capecitabina	Colorretal	Primeira linha em câncer metastático.
	Colorretal	Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário.
	Gástrico	Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina.
	Mama	Metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em face de contraindicação para estas medicações.
Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação de fase da doença.
	Linfomas	Sem especificação de fase da doença.
	Mama	Sem especificação de fase da doença.
	Micose Fungóide	Estágios avançados.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença.
	Neuroblastomas	Em pacientes com disseminação.
	Ovário	Sem especificação de fase da doença.
	Retinoblastomas	Sem especificação de fase da doença.
Clorambucila	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Crizotinibe Etoposídeo	Pulmão não pequenas células	Tratamento de câncer de pulmão não pequenas células (CPNPC) avançado que seja positivo para quinase de linfoma anaplásico (ALK).
Dasatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfoide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe
Dabrafenibe	Melanoma	Melanoma metastático ou irressecável com mutação do gene BRAF V600E.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Dietiletilbestrol	Mama	Casos paliativos.
	Próstata	Casos paliativos.
Enzalutamida	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com Docetaxel.
	Próstata	Metastático resistente à castração em adultos que são assintomáticos ou ligeiramente sintomáticos após falha de terapia de privação androgênica
Erlotinibe, Cloridrato de	Pulmão não pequenas células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso, Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irressecável com mutação nos éxons 19 ou 21.
Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas.
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos.
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Everolimus	Mama	Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano Câncer Avançado.
	Pâncreas	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (TNE) localizados no pâncreas.
	Estômago	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no estômago.
	Intestino	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no intestino.
	Pulmão	Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pulmão.
Exemestano	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno.
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrógeno.
	Mama	Terapia pré-operatória em mulheres na pósmenopausa com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo, com a intenção de permitir cirurgia conservadora da mama.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Fludarabina	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B
Flutamida	Próstata	Indicado como monoterapia (com ou sem orquiectomia) ou em combinação com um agonista LHRH (“luteinizing hormone-releasing hormone”), no tratamento do câncer avançado em pacientes nãotratados previamente ou em pacientes que não responderam ou se tornaram refratários à castração.
Gefitinibe	Pulmão não pequenas células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso, Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irressecável com mutação nos éxons 19 ou 21.
Hidroxiuréia	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica.
Ibrutinibe	Leucemia linfocítica crônica (LLC)	Pacientes que apresentam Leucemia linfocítica crônica (LLC) com deleção de 17p, que receberam no mínimo um tratamento anterior.
Imatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ recaída ou refratária

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Recém diagnosticada LMC Cromossomo Ph+ fase crônica, crise blástica, fase acelerada, fase crônica após falha de interferon.
	Tumor estromal gastrintestinal (GIST)	Irressecável ou metastático.
	Tumor estromal gastrintestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco.
Lapatinibe, Ditosilato de	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+ , após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabina ou letrozol.
Letrozol	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metástatico em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo.
Megestrol, Acetato de	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática).
	Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática).
Melfalano	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença.
	Ovário	Câncer Avançado.
Mercaptopurina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Indução da remissão e manutenção.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Indução da remissão e manutenção.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Metotrexato	Cabeça e pescoço	Sem especificação de fase da doença.
	Linfoma não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença.
	Mama	Sem especificação de fase da doença.
	Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença.
	Tumor trofloblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença.
Mitotano	Córtex suprarenal	Carcinoma inoperável.
Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica, acelerada, Ph+ resistentes ou intolerantes a terapia prévia incluindo imatinibe.
Pazopanibe	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Ruxolitinibe	Mielofibrose	Pacientes com mielofibrose de risco intermediário ou alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial.
Sorafenibe	Hepatocarcinoma	Hepatocarcinoma avançado em pacientes child A.
Sunitinibe, Malato de	Tumor estromal gastrintestinal (GIST) Rim Pâncreas	Tumor estromal gastrintestinal (GIST) após progressão da doença em uso de imatinibe ou intolerância ao imatinibe. irressecável ou metastático em primeira linha. Pacientes com tumores neuroendócrinos avançados (NET) localizados no pâncreas.
Tamoxifeno, Citrato de	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metástatico em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo.
Temozolamida	SNC - Sistema Nervoso Central SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença ecidivada. Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Tioguanina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença. Sem especificação de fase da doença. Sem especificação de fase da doença.
Topotecana, Cloridrato de	Pulmão pequenas células	Casos de recaída após falha de quimioterápico de 1ª linha.
Trametinibe	Melanoma	Em combinação com dabrafenibe é indicado para o tratamento de pacientes com melanoma não ressecável ou metastático com mutação BRAF V600.
Tretinoína (ATRA)	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão.
Vemurafenibe	Melanoma	Metastático com mutação V600 do gene BRAF, primeira linha.
Vinorelbina	Pulmão Mama	Carcinoma de pulmão não pequenas células. Carcinoma de mama.

abrale
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE LINFOMA E LEUCEMIA

MELHORES ONGS ÉPOCA DOAR

Ajude-nos a dar continuidade à esse importante trabalho!

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LINFOMA E LEUCEMIA
100% de esforço onde houver 1% de chance.

www.abrale.org.br
abrale@abrale.org.br | 0800 773 9973

abrale
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA
DE LINFOMA E LEUCEMIA

100% de esforço onde hou ver **1%** de chance.

TODOS
JUNTOS CONTRA
O CÂNCER

www.abrale.org.br
Rua Dr. Fernandes Coelho, 64 - 13º andar
Pinheiros - São Paulo (SP) - CEP 05423-040
(11) 3149-5190 | 0800-773-9973 | abrale@abrale.org.br