

MANUAL DOS DIREITOS DO PACIENTE COM CÂNCER

instituto
Oncoguia 

★ Você não está sozinho!
Equipe do Instituto Oncoguia

Câncer e agora?

Abertura

Introdução

| | |
|---|----|
| 1) Organize-se: Documentos | 1 |
| 2) Doenças consideradas graves pela legislação brasileira | 2 |
| 3) Saque do FGTS | 4 |
| 4) Saque do PIS/PASEP | 9 |
| 5) Andamento processual prioritário | 12 |
| 6) Prioridade no recebimento de precatórios | 14 |
| 7) Atendimento domiciliar ao idoso enfermo pelos órgãos públicos | 15 |
| 8) Prisão domiciliar | 16 |
| 9) Isenção do Imposto de Renda na Aposentadoria | 17 |
| 10) Quitação do financiamento imobiliário | 21 |
| 11) Plano de previdência privada | 23 |
| 12) Seguro de Vida | 25 |
| 13) Auxílio-doença | 26 |
| 14) Aposentadoria por invalidez | 32 |
| 15) Benefício de Prestação Continuada (BPC) – LOAS | 38 |
| 16) Redução da Contribuição Previdenciária para Servidores Públicos Inativos Portadores de Doença Incapacitante | 43 |
| 17) Compra de veículo com isenção de impostos | 45 |
| Isenção do IPI | 45 |
| Isenção do ICMS | 48 |
| Isenção do IPVA | 54 |
| Isenção do IOF | 56 |
| 18) Isenção do IPTU | 57 |
| 19) Isenção de tarifas de transporte coletivo interestadual (Passe Livre Interestadual) | 59 |
| 20) Liberação do Rodízio de Veículos (São Paulo/SP) | 62 |

| | |
|--|-----|
| 21) Isenção de tarifas de transporte coletivo urbano | 63 |
| São Paulo (regiões metropolitanas) | 64 |
| 22) Cartão de estacionamento - vagas reservadas | 66 |
| Exemplo de São Paulo/SP | 67 |
| 23) Câncer e Trabalho | 69 |
| Concurso público | 69 |
| Cotas de emprego em empresas privadas | 74 |
| Reabilitação Profissional | 77 |
| Discriminação | 79 |
| 24) Câncer e Educação | 80 |
| 25) Cirurgia de reconstrução mamária | 82 |
| 26) SUS - Sistema Único de Saúde | 83 |
| Entendendo o SUS | 83 |
| Principais direitos | 86 |
| Acesso gratuito a medicamentos | 88 |
| Lei dos 60 dias | 91 |
| Ostomizados | 93 |
| Tratamento Fora de Domicílio(TFD) | 95 |
| Atenção domiciliar | 98 |
| 27) Ética médica na relação com pacientes e familiares | 103 |
| 28) Testamento Vital | 105 |
| 29) Planos de Saúde | 108 |
| Entenda as terminologias | 108 |
| Doenças ou lesões preexistentes | 112 |
| Urgência e emergência | 115 |
| Quimioterapia oral e controle de efeitos adversos | 116 |
| Cobertura assistencial | 119 |
| Prazos máximos para atendimento | 123 |
| Preços e reajustes | 124 |
| Descredenciamento | 126 |
| Rescisão do contrato | 127 |

| | |
|---|------------|
| Aposentados e demitidos | 128 |
| Portabilidade, migração e adaptação | 129 |
| O que fazer quando um direito for desrespeitado | 131 |
| 30) Assistência Médica no Exterior | 133 |
| 31) Acesso à Justiça | 134 |
| Sistema dos Juizados Especiais | 135 |
| Defensoria Pública | 136 |
| Ordem dos Advogados do Brasil - OAB | 138 |
| 32) Onde reclamar e como participar das decisões sobre saúde | 138 |
| Conferência e Conselhos de Saúde | 138 |
| Ministério Público | 139 |
| Conselho Nacional de Justiça | 140 |
| Gestores de serviços de saúde | 140 |
| Ouvidorias da Saúde | 141 |
| Conselhos de fiscalização profissional | 141 |
| Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) | 142 |
| ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária | 143 |
| Poder Legislativo e Tribunal de Contas | 145 |
| ONGs de defesa de direitos do paciente | 146 |
| Imprensa | 146 |
| Audiências públicas | 147 |
| Consultas públicas | 147 |
| Lei de Acesso à Informação | 148 |
| 33) Anexo - Jurisprudência | 149 |

★ CÂNCER E AGORA?

★ QUAIS SÃO OS MEUS DIREITOS?

★ TENHO DÚVIDAS SOBRE MEU TRATAMENTO!

★ ESTOU COM MEDO!

Conte com a gente para responder essas e outras dúvidas. O Instituto Oncoguia existe para ajudar o paciente com câncer a viver melhor.

Você pode:

- ***Conhecer os seus direitos:** na teoria e na prática
- *Se informar sobre as **novidades nos tratamentos contra o câncer**
- ***Ler e assistir entrevistas** com os maiores especialistas do Brasil
- ***Compartilhar sua experiência** e ler muitos depoimentos
- *Ter acesso a muitas **dicas de qualidade de vida** e autoestima
- ***Participar das nossas enquetes** e poder nos ajudar a melhorar as políticas públicas do Brasil
- *Compartilhar dicas especiais com seus familiares
- ***Ganhar um lindo lenço** e nossos materiais educativos
- *Ser um multiplicado da nossa informação e **ajudar outras pessoas**
- *Participar dos nossos eventos educativos e políticos
- *Nos ajudar a mudar a realidade do câncer no Brasil

ABERTURA

Caro Paciente,

Há algum tempo eu acreditava que o povo não teria mecanismos para agir diretamente no processo de criação de leis e aprimoramento de políticas públicas, a não ser ao exercer o seu direito (e dever) de voto. Hoje, tenho uma opinião diferente, aliás, bastante diferente, muito devido à experiência vivenciada pelo Instituto Oncoguia na luta pela propositura e aprovação do projeto de lei que obrigou os planos de saúde a cobrirem os medicamentos antineoplásicos de uso oral em domicílio. Detalhes dessa experiência podem ser conhecidos na página da internet www.oncoguia.org.br/quimioterapiaoral.

O verdadeiro exercício da cidadania não se resume ao ato de votar. Cidadania é uma responsabilidade permanente atribuída a cada um de nós. Nas urnas, escolhemos aqueles que irão, em nosso nome, liderar o processo de criação de leis e implementação de políticas públicas sociais e econômicas. Temos, portanto, o dever de acompanhar se as pessoas que escolhemos para liderarem esse processo estão agindo como nossos legítimos representantes e, caso não estejam, temos à nossa disposição inúmeras ferramentas para fiscalizar e coibir abusos de representatividade. O voto é apenas uma delas.

No campo da saúde, falamos em democracia sanitária. Decisões políticas sobre temas que repercutem no direito constitucional à saúde devem traduzir a legítima vontade do povo e respeitar os direitos fundamentais. E de quais tipos de decisões estamos falando? De todas aquelas que afetam o direito à saúde, seus condicionantes e determinantes, podendo incluir desde a definição de quanto o governo deveria investir para garantir tratamentos que proporcionem estatisticamente um, dois ou três meses a mais de vida, até a criação de leis que garantem transporte público gratuito a pessoas que sequer podem pagar por um bilhete de ônibus para ir ao hospital realizar determinado tratamento.

Muitos dos direitos aqui apresentados foram construídos sob intensa pressão de determinados grupos sociais e muitos outros poderiam existir se exercitássemos com mais responsabilidade os deveres de cidadania.

Esperamos que esse manual possa contribuir para ajudar o paciente com câncer a usufruir dos direitos que já lhe são assegurados, bem como instigar a população a participar ativamente do processo de tomada de decisões em políticas públicas de saúde. Para esse último desafio, apresentamos diversas formas de participação e controle social.

Tiago Farina Matos
Diretor Jurídico

INTRODUÇÃO

O paciente com câncer, dependendo do preenchimento de determinados requisitos, pode usufruir de inúmeros direitos. Nem todos os benefícios legais, porém, estão diretamente relacionados ao diagnóstico de câncer. Alguns decorrem da incapacidade para o trabalho, da presença de certos tipos de deficiência, da redução da mobilidade ou mesmo de outras condições estabelecidas em lei. Portanto, é preciso verificar, caso a caso, se o paciente preenche os requisitos legais.

Por meio deste manual, esperamos que você entenda melhor quais são seus direitos, como proceder para conquistá-los e quais as leis que os garantem.

Antes de tudo, recomendamos que você organize uma pasta com diversos documentos para tê-los facilmente em mãos quando necessário.

IMPORTANTE: endereços, telefones, leis e outras informações aqui mencionadas podem sofrer alterações. Por isso, recomendamos verificar se existem atualizações do conteúdo deste manual no Portal do Instituto Oncoguia – www.oncoguia.org.br.

1. ORGANIZE-SE: **DOCUMENTOS**

Por conta da grande quantidade de mudanças diante de um diagnóstico de câncer, recomendamos que você crie uma pasta para guardar todos seus documentos pessoais, cópias de exames, relatórios médicos, entre outros. Isso vai ser muito útil na hora em que você decidir reivindicar seus direitos.

Se em algum momento você precisar de assessoria jurídica, leve esta pasta com você.

Documentos relacionados ao prontuário do paciente:

- Relatórios, atestados, laudos, fichas e receituários médicos
- Todos os exames laboratoriais e de imagens (laudos e imagens), em especial, laudos de exames patológicos de diagnóstico do câncer
- Guias de encaminhamento
- Requisições de exames e procedimentos
- Formulários preenchidos em serviços de saúde
- Outros documentos relacionados ao prontuário do paciente

Obs.: todos os prestadores de serviços de saúde (como hospitais, clínicas, consultórios e laboratórios) são obrigados a fornecer cópia de todos os documentos relacionados ao prontuário quando houver solicitação do próprio paciente ou do seu procurador expressamente constituído para este fim.

Documentos pessoais e provas de direitos e obrigações:

- RG
- CPF
- Certidão de nascimento
- Certidão de casamento
- Carteira de Trabalho e Previdência Social
- Carnês de contribuições previdenciárias

- Cartão de identificação do plano de saúde
- Contratos celebrados com planos e seguros de saúde
- Apólices de planos e seguros de saúde
- Contratos de seguro de vida ou previdência privada
- Apólices de seguro de vida ou previdência privada
- Autorizações e negativas do plano de saúde
- Protocolos de atendimento telefônico do plano de saúde
- Contrato de financiamento imobiliário
- Cartão do PIS/Pasep
- Extratos do FGTS
- Cartão Nacional de Saúde (SUS)
- Declarações de Imposto de Renda
- Contracheques
- Carta de concessão de auxílio-doença ou aposentadoria
- Notas fiscais de compra de medicamentos e respectivas receitas médicas
- Notas fiscais ou recibos de consultas médicas e outros procedimentos realizados em prestadores de serviços de saúde
- Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRLV)
- Carteira Nacional de Habilitação (CNH)
- Outros documentos que possam comprovar a existência de direitos e obrigações

2. DOENÇAS CONSIDERADAS GRAVES PELA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

A legislação brasileira estabelece um rol de doenças graves, cujos pacientes podem usufruir de alguns direitos e garantias especiais.

Quais doenças são consideradas graves pelas principais leis brasileiras?

- Neoplasia maligna (câncer)
- Espondiloartrose anquilosante

- Estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante)
- Tuberculose ativa
- Hanseníase
- Alienação mental
- Esclerose múltipla
- Cegueira
- Paralisia irreversível e incapacitante
- Cardiopatia grave
- Doença de Parkinson
- Nefropatia grave
- Síndrome da deficiência imunológica adquirida – Aids.
- Contaminação por radiação, com base em conclusão da medicina especializada
- Hepatopatia grave
- Fibrose cística (mucoviscidose)

Como é feita a comprovação dessas doenças?

Por meio de relatórios médicos e exames. Em alguns casos, o paciente deve se submeter à perícia médica dos órgãos competentes.

Os pacientes com outras doenças podem pleitear os mesmos benefícios?

Em razão do princípio da igualdade de direitos, muitos pacientes com outras doenças graves têm obtido na Justiça alguns dos benefícios garantidos aos portadores das doenças acima relacionadas.

Legislação

Lei nº 7.713, de 22/12/1998 (art. 6º, inciso XIV) – altera legislação do Imposto de Renda.

Lei nº 8.112, de 11/12/1990 (art. 184, inciso I; art. 186, inciso I e §1º) – dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civil da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Lei nº 8.213, de 24/7/1991 (art. 1º; art. 18, incisos I, II e III; art. 151) – dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

Lei nº 9.250, de 26/12/1995 (art. 30, § 2º) – inclui a “fibrose cística – mucoviscidose” no inciso XIV, do art. 6º, da Lei nº 7.713, de 22/12/1988.

Decreto nº 3.000, de 26/3/1999 (art. 39, inciso XXXIII) – regulamento do Imposto de Renda.

Portaria Interministerial MPAS/MS nº 2.998, de 23/8/2001 (art. 1º, inciso IV, e art. 2º) – relação de doenças graves que independem de carência para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

Medida Provisória nº 2.164-41, de 24/8/2001 (art. 9º que alterou o art. 19º da Lei nº 8.036/90) – autoriza os portadores de HIV/AIDS e de doenças graves em fase terminal a levantar o saldo do FGTS.

Lei nº 11.052, de 29/12/2004 (art. 1º que altera o inciso XIV do art. 6º da Lei nº 7.713/88) – altera o artigo 6º, inciso XIV, da Lei nº 7.713, de 22/12/1988.

Instrução Normativa RFB nº 1.500, de 29/10/2014 (art. 6º, inciso II) - Dispõe sobre normas gerais de tributação relativas ao Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas.

3. SAQUE DO **FGTS**

O que é o FGTS?

Todos os trabalhadores com carteira de trabalho assinada possuem conta bancária própria vinculada ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS), atualmente administrado pela Caixa Econômica Federal. Mensalmente, o empregador é obrigado a depositar nessa conta o equivalente a 8% sobre a remuneração do empregado (No caso de menores aprendizes, o percentual é de 2%). O saldo dessa conta é corrigido monetariamente com base nos parâmetros da poupança e capitalizado a juros de 3% ao ano. Em caso de demissão sem justa causa, o empregador é ainda obrigado a efetuar o pagamento de uma multa, correspondente a 40% do todo o valor já depositado de FGTS na conta vinculada.

Em quais hipóteses é possível sacar o FGTS?

Dentre outros casos previstos em lei, o saque do FGTS pode ser realizado pelo paciente com câncer, AIDS e em estágio terminal de outras doenças. Também pode ser sacado pelo titular da conta que possuir dependente – esposo(a), companheiro(a), pais, sogros, filho e irmão menor de 21 anos ou inválido – portador de alguma dessas doenças.

Onde solicitar o levantamento do FGTS?

Em qualquer agência da Caixa Econômica Federal (CEF).

Quais os documentos necessários para solicitar o saque do FGTS?

- Carteira de trabalho, exceto quando se tratar de diretor não empregado ou em caso de apresentação de outro documento que comprove o vínculo empregatício
- Documento de identificação do trabalhador ou diretor não empregado
- Cartão Cidadão ou número de inscrição PIS/PASEP ou Inscrição de Contribuinte Individual junto ao INSS para o doméstico não cadastrado no PIS/Pasep
- Atas das assembleias que deliberaram pela nomeação e pelo afastamento do diretor não empregado; cópia do Contrato Social e respectivas alterações registradas no Cartório de Registro de Títulos e Documentos ou na Junta Comercial, ou ato próprio da autoridade competente publicado em Diário Oficial. Os documentos devem ser apresentados em via original e cópia, para confronto e autenticação no ato do recebimento, ou por meio de cópia autenticada
- Atestado médico com validade de 30 dias, contendo as seguintes informações:
 - Diagnóstico expresso da doença
 - Estágio clínico atual da doença/paciente
 - CID – Classificação Internacional de Doenças.
 - Data, nome, carimbo e CRM do médico com a devida assinatura

- Sugestões de texto: *“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”*

- Cópia do laudo do exame histopatológico ou anatomopatológico que serviu de base para a elaboração do atestado médico
- Comprovante de dependência, no caso de saque para o dependente do titular da conta acometida por neoplasia maligna (câncer)
- Atestado de óbito do dependente, caso este tenha vindo a falecer em consequência da moléstia

Em quanto tempo o dinheiro é liberado?

Os valores do FGTS devem ser disponibilizados ao requerente no prazo de cinco dias úteis, contados a partir da solicitação do saque.

O que fazer quando o pedido de saque do FGTS for negado injustamente?

Nesse caso, é possível recorrer à Justiça, onde o requerente deverá apresentar, além dos documentos acima relacionados, cópia do extrato contendo o saldo existente na conta do FGTS e documento que comprove que o pedido de saque foi negado pela CEF.

É possível ajuizar ação judicial para levantamento do FGTS por meio do Sistema dos Juizados Especiais?

Os Juizados Especiais Federais são competentes para julgar ações objetivando o levantamento do FGTS cujo saldo não supere o valor de 60 salários mínimos. O acesso aos Juizados é gratuito, não sendo necessária a contratação de advogado. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para conferir a relação dos Juizados Especiais Federais instalados no Brasil ou informe-se na Justiça Federal

de sua região. Também é possível ajuizar essa ação por intermédio da Defensoria Pública da União ou de um advogado particular.

O titular da conta do FGTS pode sacar mais de uma vez o saldo existente?

Persistindo o diagnóstico da doença, o saque na conta poderá ser efetuado sempre que houver saldo, seja qual for o valor. A cada solicitação de saque, os documentos necessários deverão ser novamente apresentados e, caso o benefício tenha sido concedido mediante ação judicial, também deverá ser apresentada cópia autenticada da decisão proferida pelo juiz.

Existe algum valor máximo para saque do FGTS?

O titular da conta que preencher os requisitos acima mencionados (ou havendo autorização judicial) terá direito a sacar o valor total de todas as contas do FGTS que existirem em seu nome, mesmo aquela vinculada ao seu atual trabalho.

Caso o empregado venha a ser demitido sem justa causa, perde o direito aos 40% de multa sobre o valor já sacado em razão do câncer?

Não. No caso de despedida sem justa causa, ainda que indireta, o empregador depositará, na conta vinculada do trabalhador no FGTS, importância igual a 40% do montante de todos os depósitos realizados na conta vinculada durante a vigência do contrato de trabalho, atualizados monetariamente e acrescidos dos respectivos juros, não sendo permitida, para este fim, a dedução dos saques ocorridos.

Observações:

- Pai e mãe podem sacar o FGTS simultaneamente quando seu filho for paciente com câncer, Aids ou em fase terminal de outra doença.
- A Justiça tem autorizado o saque do FGTS para outras doenças graves, além de câncer e Aids, ainda que o paciente não esteja em fase terminal.

Saiba mais:

www.caixa.gov.br

Legislação

Lei nº 8.036, de 11/5/1990 (art. 20, incisos XI, XIII e XIV) – dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço e dá outras providências.

Decreto nº 99.684, de 8/11/1990 (art. 35, incisos XI, XIII e XIV; art. 36, inciso VIII) – consolida as normas regulamentares do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço –

Lei 8.922, de 25/7/1994 (art. 1º, que acrescenta dispositivo ao art. 20 da Lei nº 8.036/90) – acrescenta dispositivo ao art. 20 da Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990, para permitir a movimentação da conta vinculada quando o trabalhador ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

Lei nº 7.670, de 8/9/1988 (art. 1º, II) – Estende aos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Sida/Aids os benefícios que especifica e dá outras providências.

Lei Complementar nº 110, de 29/6/2001 (art. 6º, §6º, incisos I, II e IV) – institui contribuições sociais, autoriza créditos de complementos de atualização monetária em contas vinculadas do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – e dá outras providências.

Decreto nº 3.913, de 11/9/2001 (art. 5º, I, II e IV, § único) – Dispõe sobre a apuração e liquidação dos complementos de atualização monetária de saldos de contas vinculadas do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço de que trata a Lei Complementar nº 110, de 29 de junho de 2001.

Decreto nº 5.860, de 26/7/2006 (art. 1º, que altera os arts. 35 e 36 do Regulamento Consolidado do FGTS) – Altera e acrescenta dispositivos aos arts. 35 e 36 do Regulamento Consolidado do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço – FGTS, aprovado pelo Decreto nº 99.684, de 8/11/1990, e altera o art. 5º do Decreto nº 3.913, de 11/09/2011, que tratam da movimentação da conta vinculada do FGTS.

Jurisprudência

- Garantindo o saque do FGTS para portadores de outras

doenças graves (REsp 853.002/SC, AgRg no REsp 630.602/CE, REsp 240.920/PR)

4. SAQUE DO PIS/PASEP

O que é o PIS/Pasep?

O PIS – Programa de Integração Social – destina-se a promover a integração do empregado na vida e no desenvolvimento da empresa, mediante contribuição desta.

O Pasep – Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – é constituído por depósitos mensais efetuados pela União, Estados, Distrito Federal, Municípios e suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações.

Até 4/10/1988 os depósitos relativos ao PIS/Pasep compunham um fundo de participação cujas cotas pertenciam aos trabalhadores. A partir da promulgação da Constituição Federal (5/10/1988), as contribuições para o PIS/Pasep passaram a financiar o programa seguro-desemprego e o abono salarial, não cabendo mais aos trabalhadores nenhum depósito em conta de sua titularidade.

Como saber se existe saldo junto ao Fundo PIS/Pasep?

Só possuem saldos em contas individuais do Fundo PIS/Pasep aqueles trabalhadores que tenham contribuído para o PIS ou para o PASEP até 4 de outubro de 1988 e não tenham efetuado o resgate total de seus saldos. Os trabalhadores da iniciativa privada nessas condições devem procurar a Caixa Econômica Federal (agente operador do PIS) para informações sobre saldos, enquanto os servidores públicos devem se dirigir ao Banco do Brasil (agente operador do Pasep) para obter essa informação.

Em quais hipóteses é possível sacar o saldo existente nas contas vinculadas ao PIS/Pasep?

A lei prevê inúmeras hipóteses para saque do saldo existente nas contas vinculadas ao PIS/Pasep, entre elas:

- Neoplasia maligna (câncer) do titular ou de seus dependentes
- Titular ou dependente (s) portador(es) do vírus HIV (Sida/Aids)
- Quando o titular da conta for pessoa com deficiência ou idoso com direito ao Benefício da Prestação Continuada (Loas), concedido pelo INSS

O PIS/Pasep também pode ser sacado pelo titular da conta que possui dependentes portadores dessas doenças. Podem ser considerados dependentes: esposo(a), companheiro(a), pais, sogros, filho e irmão menor de 21 anos ou inválido.

Em quanto tempo o dinheiro é liberado?

O pagamento pode ser realizado, em casos excepcionais, em até 5 dias úteis após sua solicitação e compreende a atualização monetária e a parcela de rendimentos do PIS/Pasep não retirada no correspondente período de pagamento.

Como solicitar o saque das cotas?

Para sacar a cota relativa ao PIS, o interessado deverá dirigir-se a qualquer agência da Caixa Econômica Federal e ao Pasep, em qualquer agência do Banco do Brasil, munido dos seguintes documentos:

- Carteira de Identidade
- Carteira de Trabalho
- Cartão PIS/Pasep ou comprovante de inscrição no PIS/Pasep.
- Cópia de resultados e laudos de exames
- Atestado médico com validade de 30 dias contendo as seguintes informações:
 - Diagnóstico expresso da doença
 - Estágio clínico atual da doença/paciente
 - CID – Classificação Internacional de Doenças
 - Data, nome e CRM do médico com a devida assinatura
- Comprovante de dependência se for o caso

Obs.: o pedido também pode ser feito por procuração. Nesse caso,

devem ser apresentados, além da procuração, o RG e o CPF do procurador.

O que fazer quando o pedido de saque do PIS/Pasep for negado injustamente?

Nesse caso, é possível recorrer à Justiça, onde o requerente deverá apresentar, além dos documentos acima relacionados, cópia do extrato contendo o saldo existente na conta do PIS/Pasep e documento que comprove que o pedido de saque foi negado.

É possível ajuizar ação judicial para levantamento do PIS/PASEP por meio do Sistema dos Juizados Especiais?

Os Juizados Especiais Federais (no caso do PIS) e o Juizados Especiais Cíveis (no caso do Pasep) são competentes para julgar ações objetivando o levantamento dos saldos existentes nas contas PIS/Pasep quando o valor total não superar 60 salários mínimos (no caso do PIS) e 20 salários mínimos (no caso do Pasep). O acesso aos Juizados é gratuito, não sendo necessária a contratação de advogado. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 e confira a relação dos Juizados Especiais Federais e dos Juizados Especiais Cíveis instalados no Brasil ou informe-se no Fórum Judiciário de sua região. Também é possível ajuizar essa ação por intermédio da Defensoria Pública da União (no caso do PIS), da Defensoria Pública Estadual (no caso do Pasep) ou de um advogado particular.

Observações:

- Pai e mãe podem sacar saldo existente em contas vinculadas ao PIS/Pasep simultaneamente quando seu filho for paciente com câncer ou Aids
- A Justiça tem autorizado o saque do PIS/PASEP para outras doenças graves, além de câncer e Aids

Saiba mais:

www.caixa.gov.br

www.bb.gov.br

Legislação

Lei Complementar nº 8, de 3/12/1970 Institui o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público – Pasep.

Lei Complementar nº 17, de 12/12/1973 – dispõe sobre o Programa de Integração Social - PIS.

Lei Complementar nº 26, de 11/9/1975 (art. 4º, § 1º) – altera disposições da legislação que regula o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep).

Constituição Federal, de 5/10/1988 (art. 239).

Lei Complementar nº 7, de 07/09/1990 - Institui o Programa de Integração Social – PIS.

Resolução do Conselho Diretor do Fundo PIS-Pasep nº 1, de 15/10/1996 - autoriza a liberação do saldo das contas vinculadas ao PIS-Pasep ao titular quanto ele próprio ou qualquer de seus dependentes for acometido de neoplasia maligna.

Resolução do Conselho Diretor do Fundo PIS-Pasep nº 5, de 15/10/1996 – autoriza a liberação do saldo das contas vinculadas ao PIS-Pasep ao titular quando ele próprio ou qualquer de seus dependentes for portador de HIV.

Jurisprudência

- Garantindo o saque do PIS/PASEP para portadores de outras doenças graves (REsp 658.381/RS, REsp 685.716/RS, REsp 572.153/RS)

★ 5. ANDAMENTO **PROCESSUAL PRIORITÁRIO**

O que significa a prioridade no andamento processual?

Processos judiciais e administrativos possuem um rito bastante

detalhado (e muitas vezes demorado), sendo, em princípio, tratados e julgados sem qualquer tipo de preferência. Há casos, no entanto, em que a lei garante prioridade na tramitação desses processos.

Quem tem direito?

Têm direito à prioridade na tramitação de processos, dos quais forem parte ou interessadas, as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos ou que sejam portadoras de doença grave como neoplasia maligna (câncer). Também é garantido direito ao atendimento preferencial pela Defensoria Pública em relação aos serviços de assistência judiciária gratuita.

Como obter?

O pedido de prioridade na tramitação de processos judiciais deve ser feito pelo advogado habilitado no processo, fazendo prova da enfermidade (exames e relatório médico) e/ou da idade do interessado (se for o caso de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos). No caso de processos e procedimentos administrativos ou processos judiciais que tramitam nos Juizados Especiais (sem assistência de advogado), o próprio interessado pode requerer a prioridade, apresentando um documento de identidade ou prova da enfermidade.

O paciente com câncer também tem direito à prioridade na restituição do Imposto de Renda?

Sim. Por se tratar de um procedimento administrativo, a restituição do Imposto de Renda deve seguir a mesma regra de prioridade. Assim, pessoas com doenças graves podem requerer a prioridade na restituição do Imposto de Renda. Na própria declaração anual, existe um campo em que o contribuinte pode declarar ser portador de doença grave.

Legislação

Lei nº 5.869, de 11/1/1973 (art. 1211-A, B e C – redação dada pela Lei nº 12.008, de 29/7/2009) – Institui o código de processo civil.

Lei nº 9.784, de 29/1/1999 (art. 69-A - redação dada pela Lei nº 12.008, de 29/7/2009) – regula o processo administrativo no âmbito da Administração Pública Federal.

Lei nº 10.741, de 1/10/2003 (art. 71, §§ 1º, 2º e 3º) – Estatuto do Idoso.

Lei nº 13.105, de 16/3/2015 (art. 1.048) – Código de Processo Civil (em vigor a partir de 17/3/2016, revogando a Lei nº 5.869, de 11/1/1973).

6. PRIORIDADE NO RECEBIMENTO DE PRECATÓRIOS

O que é precatório?

Precatório é o procedimento pelo qual a Fazenda Pública (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) paga as dívidas decorrentes de condenação judicial (exceto dívidas de pequeno valor). Finalizado o processo judicial, o credor ingressa, obrigatoriamente, numa fila em ordem cronológica e, dependendo de quem é a entidade devedora, pode demorar anos para receber o seu crédito.

O paciente com câncer tem prioridade no recebimento desse crédito?

A Constituição Federal, com a alteração promovida pela Emenda Constitucional nº 62, garantiu às pessoas com doenças graves, inclusive o câncer, prioridade no recebimento do precatório até o valor equivalente ao triplo do fixado em lei como obrigações de pequeno valor. No âmbito federal, as obrigações de pequeno valor vão até o limite de 60 salários mínimos. Estados e Municípios possuem legislações próprias tratando do montante correspondente às obrigações de pequeno valor. Antes da Emenda Constitucional nº 62, já havia inúmeras decisões dos tribunais brasileiros dando preferência às pessoas com doenças graves, inclusive decisão do Supremo Tribunal Federal. A justificativa é basicamente que pessoas com doenças graves devem ter prioridade no recebimento dos créditos de natureza alimentar, de modo a lhes assegurar um mínimo existencial, indispensável para a continuidade da assistência médica e para a garantia do direito à dignidade humana.

As pessoas com doenças graves têm preferência inclusive em relação aos idosos (acima de 60 anos de idade).

Como obter a prioridade no recebimento do precatório?

Entregue ao seu advogado um relatório médico constando todo o histórico da doença, enfatizando sua gravidade, bem como os laudos de exames de diagnóstico. O advogado deverá requerer judicialmente a antecipação do pagamento do precatório.

Legislação

Constituição Federal, de 5/10/1988 (art. 100, §2º).

Emenda Constitucional nº 62, de 9/12/2009 – altera o art. 100 da Constituição Federal e acrescenta o art. 97 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, instituindo regime especial de pagamento de precatórios pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Resolução CNJ nº 115, de 29/6/2010 (art. 13) – dispõe sobre a gestão de precatórios no âmbito do Poder Judiciário.

7. ATENDIMENTO DOMICILIAR AO IDOSO ENFERMO PELOS ÓRGÃOS PÚBLICOS

O idoso enfermo tem direito a atendimento domiciliar para expedição de laudo de saúde necessário ao exercício de direitos sociais e isenção tributária?

Sim. A lei garante ao idoso enfermo (60 anos ou mais) o atendimento domiciliar pela perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde - SUS, para expedição do laudo de saúde necessário ao exercício de seus direitos sociais e de isenção tributária.

O direito ao atendimento domiciliar ao idoso enfermo pode ajudar o paciente com câncer a ter acesso a seus direitos?

Sim. Por exemplo, para obtenção do direito à isenção do imposto de renda sobre os proventos de aposentadoria, pensão ou reforma, o idoso tinha que literalmente correr atrás de um laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios. Muitas vezes o paciente não conseguia ter acesso a esse direito justamente por não ter condições de se deslocar até o local da perícia. Agora ele tem o direito de receber atendimento domiciliar e o médico responsável deverá emitir o laudo nessa mesma oportunidade.

O atendimento domiciliar deve ajudar o paciente a conseguir outros benefícios sociais, como auxílio-doença, saque do FGTS, prioridade na tramitação de processos judiciais, entre outros.

Os órgãos públicos podem exigir o comparecimento do idoso enfermo perante os órgãos públicos?

Não. Eventual atividade que exija o deslocamento de idosos enfermos (60 anos ou mais) a órgãos públicos pode ser realizado por meio de procurador legalmente constituído. Se o interesse direto na questão for do órgão público, este deverá fazer o contato necessário com o idoso em sua própria residência.

Legislação

Lei nº 12.896, de 18/12/2013 - Acrescenta os §§ 5o e 6o ao art. 15 da Lei no 10.741, de 1o de outubro de 2003, vedando a exigência de comparecimento do idoso enfermo aos órgãos públicos e assegurando-lhe o atendimento domiciliar para obtenção de laudo de saúde.

8. PRISÃO DOMICILIAR

Em que hipóteses a lei admite a prisão domiciliar?

A lei admite o recolhimento do beneficiário de regime aberto em

residência particular quando se tratar, dentre outras hipóteses, de condenado acometido de doença grave (ex.: câncer).

Há casos em que o benefício da prisão domiciliar poderá ser concedido mesmo se o condenado estiver cumprindo pena em regime fechado?

Sim. A Justiça tem decidido que, em hipóteses excepcionais, a concessão do benefício da prisão domiciliar poderá ser estendida até mesmo a condenado em regime fechado, desde que sua enfermidade seja tamanha a ponto de sua permanência no cárcere poder lhe causar graves e irreparáveis danos.

Legislação

Lei nº 7.210, de 11/7/1984 (art. 117, “b”) – institui a Lei de Execução Penal.

Jurisprudência:

- Admitindo a concessão de prisão domiciliar aos condenados que se encontram em regime semiaberto ou fechado portadores de doença grave, desde que provada a impossibilidade de assistência terapêutica no ambiente prisional (STJ – HC 278.910/PB, HC 19.913/SP, HC 228.408/PR)

9. ISENÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA NA APOSENTADORIA

O que é o Imposto de Renda?

O Imposto de Renda é um tributo que incide sobre determinados ganhos provenientes do trabalho assalariado e de outras atividades econômicas, empresariais e financeiras. Salvo exceções previstas em lei, o Imposto de Renda incide, inclusive, sobre os rendimentos de aposentadoria, pensão e reforma.

O paciente com câncer tem direito à isenção do Imposto de Renda sobre os valores recebidos a título de aposentadoria, pensão ou reforma?

Pacientes com câncer ou com outras doenças consideradas graves têm direito à isenção do Imposto de Renda sobre os valores recebidos a título de aposentadoria, pensão ou reforma, inclusive as complementações recebidas de entidades privadas e pensões alimentícias, mesmo que a doença tenha sido adquirida após a concessão da aposentadoria, pensão ou reforma. Benefícios previdenciários como auxílio-doença e auxílio-acidente também já se originam isentos do Imposto de Renda.

Como obter esse benefício?

O paciente deve procurar o órgão responsável pelo pagamento da sua aposentadoria, pensão ou reforma (INSS, União, Estado ou Município) e requerer a isenção do Imposto de Renda que incide sobre esses rendimentos. Devem ser apresentados os seguintes documentos:

- Requerimento de isenção de Imposto de Renda
- Laudo pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios (de preferência vinculado à própria fonte pagadora – ex.: INSS), com as seguintes informações:

- Diagnóstico expresso da doença
- Estágio clínico atual da doença/paciente
- Se possível, data inicial da manifestação da doença
- CID – Classificação Internacional de Doenças
- Data, nome e CRM do médico com a devida assinatura

Observações:

- O serviço médico oficial fixará o prazo de validade do laudo pericial, no caso de moléstias passíveis de controle
- Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para ter acesso ao modelo de laudo pericial disponibilizado pela Receita Federal

- Exames que comprovem a existência da doença

Após o reconhecimento da isenção, a fonte pagadora deixará de proceder aos descontos do Imposto de Renda.

Para que o beneficiário de pensão alimentícia (fixada judicialmente) faça jus à isenção, deverá requerê-la oficialmente a algum órgão ou basta ter o relatório emitido por serviço médico oficial?

A doença deverá ser reconhecida através de laudo pericial, emitido por serviço médico oficial. Se a declaração do contribuinte cair na malha fina, basta que o paciente apresente o laudo acima referido para regularizar a situação. A isenção se aplica aos rendimentos recebidos a partir da data em que a doença for contraída, quando identificada no laudo, ou do mês da emissão do laudo.

Os salários recebidos em razão do exercício de atividade profissional (autônoma ou empregatícia) também são isentos do Imposto de Renda?

A Receita Federal entende que a remuneração do contribuinte em atividade portador de doença grave não é alcançada pela isenção do Imposto de Renda. A isenção também não alcança rendimentos de outras naturezas, como aluguéis e rendimentos de aplicações financeiras, mesmo que o paciente seja aposentado.

Há, contudo, decisões judiciais garantindo aos portadores de doenças graves o direito à isenção do Imposto de Renda tanto na atividade (salário ou remuneração) como na inatividade (proventos de aposentadoria pensão ou reforma).

O paciente que obtiver a isenção do Imposto de Renda é obrigado a apresentar a declaração anual?

Sim. A isenção não isenta o contribuinte do dever de apresentar a declaração anual quando cabível.

É possível pedir a restituição de valores descontados indevidamente?

Sim. O paciente que atender os requisitos para isenção do Imposto de Renda pode requerer à Receita Federal a restituição dos valores des-

contados nos últimos 5 anos, desde que comprove que durante esse período preenchia os requisitos para obtenção do benefício.

Os rendimentos do plano de previdência privada também são isentos do Imposto de Renda?

Sim. Os rendimentos recebidos de entidades de previdência privada por pacientes com câncer são isentos do Imposto de Renda. Quanto ao resgate total do saldo do plano de previdência privada, a Receita Federal entende que o valor a ser retirado está sujeito à incidência do Imposto de Renda. Contudo, há decisões judiciais, garantindo o direito ao resgate total com isenção do imposto.

Saiba mais:

www.receita.fazenda.gov.br

www.previdencia.gov.br

Receita fone: 146 (ligação gratuita).

Legislação

Lei nº 7.713, de 22/12/1988 (art. 6º, incisos XIV, XXI) - Dispõe sobre o Imposto de Renda.

Lei nº 8.541, de 23/12/1992 (art.47 que altera o inciso XIV e acrescenta o inciso XXI da Lei nº 7.713/88) - altera o artigo 6º, XIV, da Lei nº 7.713, de 22/12/1988.

Lei nº 9.250, de 26/12/1995 (art.30) - Inclui a “fibrose cística - mucoviscidose” no inciso XIV, do art. 6º, da Lei nº 7.713, de 22/12/1988.

Decreto nº 3.000, de 26/3/1999 (art. 39, incisos XXXIII e XLII) - Regulamento do Imposto de Renda.

Instrução Normativa SRF nº 15, de 6/2/2001 (art. 5º, inciso XII) - Dispõe sobre normas de tributação relativas à incidência do imposto de renda das pessoas físicas.

Lei nº 11.052, de 29/12/2004 - Altera o artigo 6º, XIV, da Lei nº 7.713, de 22/12/1988.

Instrução Normativa RFB nº 900, de 30/12/2008 - disciplina a restituição de tributos.

Jurisprudência

- Garantindo aos portadores de doenças graves o direito à isenção do Imposto de Renda sobre rendimentos tanto na atividade como na inatividade (TRF 1ª Região - EIAC 0009540-86.2009.4.01.3300/BA, AMS 0014402-96.2006.4.01.3400/DF, AC 0044763-52.2013.4.01.3400/DF).
- Garantindo o direito ao resgate total do plano de previdência privada com isenção do imposto de renda (STJ - AgRg no REsp 1144661/SC, REsp 1012903/RJ, REsp 1204516/PR).

★ 10. QUITAÇÃO DO FINANCIAMENTO IMOBILIÁRIO

O paciente com câncer tem direito à quitação do saldo devedor de financiamento imobiliário?

A aquisição de imóvel financiado por instituições financeiras normalmente vem condicionada à contratação de um seguro habitacional, cujo prêmio é pago com as parcelas mensais do financiamento. Esse contrato de seguro costuma ter uma cláusula prevendo a quitação do saldo devedor nos casos de morte e invalidez permanente do contratante.

O que se entende por invalidez permanente?

Invalidez permanente se caracteriza quando a pessoa se torna incapaz, em definitivo, para exercer sua ocupação principal e qualquer outra atividade laboral.

O benefício é concedido no caso de a doença incapacitante ser preexistente à contratação do seguro?

O benefício, a princípio, não será concedido se a doença que determinou a invalidez for preexistente à assinatura do contrato de financiamento. Na Justiça, contudo, há entendimentos de que a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir

exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprovar a deliberada má-fé do segurado.

O contrato de financiamento é considerado totalmente quitado no caso da morte ou invalidez permanente do contratante?

A quitação do financiamento é proporcional à participação da pessoa que falecer ou for declarada inválida, no contrato de financiamento. Assim, se ela é responsável com 100% de sua renda pelo financiamento, o saldo devedor será integralmente quitado. Por outro lado, se concorrer com 50% de sua renda, a quitação será proporcional aos mesmos 50%.

Como comprovar a condição de invalidez?

A comprovação da condição de invalidez pode ser feita por meio de laudos, exames complementares e perícia médica. No caso de o contratante se aposentar por invalidez, a própria carta de concessão da aposentadoria serve como prova para efeito de quitação do financiamento.

Quais os documentos necessários para a quitação do financiamento?

Cada instituição financiadora tem seu procedimento e relação de documentos específico para análise do caso pela seguradora. Informe-se no local onde contratou o financiamento sobre como dar entrada no pedido de quitação do saldo devedor.

Observação: antes de adotar qualquer providência, é importante verificar se existe cláusula no contrato de financiamento prevendo a possibilidade de quitação do saldo devedor nos casos de morte ou invalidez permanente.

Jurisprudência

- Entendendo que a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se

comprovar a deliberada má-fé do segurado (STJ – REsp 777.974/MG, REsp 811.617/AL, AgRg no AREsp 389.782/SP).

11. PLANO DE PREVIDÊNCIA PRIVADA

O que é plano de previdência privada ou complementar?

É o contrato celebrado entre qualquer pessoa e uma seguradora de previdência privada objetivando garantir renda mensal ou resgate total de dinheiro depois de um período preestabelecido.

Como o paciente com câncer pode se beneficiar desse plano?

Em geral, esse contrato também prevê o pagamento de renda mensal ou indenização nos casos de invalidez permanente total ou parcial ou morte do contratante. Em alguns casos, o câncer pode provocar a invalidez parcial ou total do paciente. Há contratos de previdência privada que também preveem indenização para hipóteses de diagnóstico de determinadas doenças.

O benefício é concedido nos casos em que o motivo que gerou a invalidez ou o diagnóstico da doença é preexistente à contratação do plano de previdência privada?

Em princípio, a causa que determinou a invalidez, o diagnóstico da doença eventualmente coberta pelo seguro ou a morte do segurado deverá ser posterior à assinatura do contrato. Na Justiça, contudo, há entendimentos de que a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprovar a deliberada má-fé do segurado.

Como obter o benefício?

Havendo no contrato cobertura para casos de invalidez total ou parcial (ou outro tipo de cobertura relacionada à saúde de segurado), o pa-

ciente deve providenciar um laudo médico atestando que suas condições de saúde demonstram a invalidez total ou parcial (ou a existência de doença com previsão de cobertura, se for o caso). De posse desse documento e de exames comprobatórios, o paciente deverá acionar a instituição de previdência privada. As informações sobre a lista de documentos exigida podem ser obtidas junto à instituição, que também poderá agendar uma perícia médica para análise da condição clínica alegada pelo beneficiário. No caso de o contratante se aposentar por invalidez, a própria carta de concessão da aposentadoria serve como prova.

Os rendimentos do plano de previdência privada são isentos do Imposto de Renda?

Sim. Os rendimentos recebidos de entidades de previdência privada por pacientes com câncer são isentos do Imposto de Renda. Quanto ao resgate total do saldo do plano de previdência privada, a Receita Federal entende que o valor a ser retirado está sujeito à incidência do imposto de renda. Contudo, há decisões judiciais, garantindo o direito ao resgate total com isenção do imposto.

Legislação

Lei nº 7.713, de 22/12/1988 (art. 6º, incisos VII e XIV) – dispõe sobre o Imposto de Renda.

Jurisprudência

- Entendendo que a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprovar a deliberada má-fé do segurado (STJ – REsp 777.974/MG, REsp 811.617/AL, AgRg no AREsp 389.782/SP).
- Garantindo o direito ao resgate total do plano de previdência privada com isenção do imposto de renda (STJ – AgRg no REsp 1144661/SC, REsp 1012903/RJ, REsp 1204516/PR).

12. SEGURO DE VIDA

O paciente com câncer titular de seguro de vida tem direito a algum tipo de indenização?

Os contratos de seguro de vida normalmente contemplam cláusula de indenização em caso de invalidez permanente total ou parcial ou morte. Em alguns casos, o câncer pode provocar a invalidez total ou parcial do paciente. Há contratos de seguro de vida que também preveem indenização para hipóteses de diagnóstico de determinadas doenças.

O benefício é concedido nos casos em que o motivo que gerou a invalidez ou o diagnóstico da doença é preexistente à contratação do seguro?

Em princípio, a causa que determinou a invalidez, o diagnóstico da doença eventualmente coberta pelo seguro ou a morte do segurado deverá ser posterior à assinatura do contrato. Na Justiça, contudo, há entendimentos de que a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprovar a deliberada má-fé do segurado.

Como obter essa indenização?

Havendo no contrato de seguro de vida cobertura para casos de invalidez total ou parcial (ou outro tipo de cobertura relacionada à saúde de segurado), o paciente deve providenciar um laudo médico atestando que suas condições de saúde demonstram a invalidez total ou parcial (ou a existência de doença com previsão de cobertura, se for o caso). De posse desse documento e de exames comprobatórios, o paciente deverá acionar a seguradora. As informações sobre a lista de documentos exigida podem ser obtidas junto à seguradora, que também poderá agendar uma perícia médica para análise da condição clínica alegada pelo segurado. No caso de o contratante se aposentar por invalidez, a própria carta de concessão da aposentadoria serve como prova.

O valor correspondente à indenização do seguro de vida é isento do Imposto de Renda?

Sim. Toda indenização decorrente do seguro de vida é isenta do Imposto de Renda, independentemente da doença que gerou a invalidez ou morte do segurado.

Observação: verifique se a empresa onde você trabalha contratou seguro de vida em grupo. Muitas empresas oferecem esse benefício aos seus empregados sem que eles próprios tenham conhecimento disso.

Legislação

Lei nº 7.713, de 22/12/1988 (art. 6º, inciso XIII) – dispõe sobre o Imposto de Renda.

Jurisprudência

- Entendendo que a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprovar a deliberada má-fé do segurado (STJ – REsp 777.974/MG, REsp 811.617/AL, AgRg no AREsp 389.782/SP).

★ 13. AUXÍLIO-DOENÇA

O que é o auxílio-doença?

É um benefício mensal devido ao segurado pela Previdência Social que, por mais de 15 dias, ficar incapacitado temporariamente para o trabalho em virtude de doença ou acidente.

O paciente com câncer, segurado pela Previdência Social, tem direito ao auxílio-doença?

Sim, desde que fique temporariamente incapacitado para o trabalho.

Como é verificada a incapacidade temporária para o trabalho?

A constatação da incapacidade dá-se por meio de perícia médica realizada pela Previdência Social. Não tem direito ao auxílio-doença quem, ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resulta do agravamento da enfermidade.

Há prazo de carência para o segurado ter direito ao auxílio-doença?

Via de regra, para ter direito ao benefício, o trabalhador precisa contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses. Todavia, o cumprimento do período de carência deixa de ser exigido em caso de acidente do trabalho, bem como quando a incapacidade estiver relacionada às seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, **neoplasia maligna (câncer)**, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), Aids, contaminação por radiação, hepatopatia grave, fibrose cística (mucoviscidose).

O servidor público também tem direito ao auxílio-doença?

Os servidores públicos possuem regras próprias, mas todos devem ter garantida a cobertura de benefícios correspondentes ao auxílio-doença e à aposentadoria por invalidez. Os servidores públicos deverão seguir o procedimento previsto nos seus estatutos para requerer o benefício. O departamento de recursos humanos do órgão público ao qual o paciente é vinculado poderá prestar todas as informações necessárias.

Como obter o auxílio-doença?

Para obter o benefício, o paciente segurado pela Previdência Social deve comparecer, pessoalmente ou por intermédio de um procurador, a uma agência da Previdência Social, preencher requerimento próprio, apresentar a documentação exigida e agendar realização de perícia médica. O auxílio-doença também pode ser requerido via Internet no

site da Previdência Social ou pelo telefone gratuito 135, que funciona de segunda a sábado, das 7h às 22h.

Quais são os documentos necessários para obtenção do auxílio-doença?

A documentação exigida para análise do pedido de auxílio-doença dependerá da categoria na qual o segurado está registrado na Previdência Social. Essa informação está disponível no site da Previdência Social. Para os empregados com carteira de trabalho assinada – a maioria dos trabalhadores – os documentos exigidos são:

- Carteira de Trabalho original ou documentos que comprovem a contribuição à Previdência Social
- Número de Identificação do Trabalhador – NIT (PIS/Pasep)
- Relatório médico original com as seguintes informações: diagnóstico da doença, histórico clínico do paciente, CID (Classificação Internacional de Doenças), eventuais sequelas provocadas pela doença, justificativa da incapacidade temporária para o trabalho. O relatório deve conter data, assinatura, carimbo e CRM do médico
- Exames que comprovem a existência da doença.
- Procuração, se for o caso

Qual o valor do auxílio-doença?

O auxílio-doença será o equivalente a 91% do valor do “salário de benefício” não podendo exceder à média aritmética simples dos últimos 12 salários de contribuição ou, se não alcançado o número de doze, a média aritmética simples dos salários de contribuição existentes, inclusive em casos de remuneração variável. O auxílio-doença é isento do imposto de renda.

Obs.: O “salário de benefício” dos trabalhadores inscritos até 28 de novembro de 1999 corresponderá à média aritmética simples dos 80% maiores salários de contribuição, corrigidos monetariamente, desde julho de 1994. Para os inscritos a partir de 29 de novembro de 1999, o “salário de benefício” será a média aritmética simples dos 80%

maiores salários de contribuição de todo o período contributivo, corrigidos monetariamente.

Quando o paciente começa a receber o auxílio-doença?

No caso dos trabalhadores com carteira assinada, exceto os domésticos, os primeiros 15 dias são pagos pelo empregador; a Previdência Social paga a partir do 16º dia de afastamento do trabalho. Se o pedido de auxílio-doença do empregado não for feito até o 30º dia da data do afastamento, a Previdência Social fará o pagamento do benefício somente a partir da data em que o pedido foi protocolado. Já os demais segurados recebem a partir da data do início da incapacidade ou da entrada do requerimento, quando feito após o 30º dia do afastamento da atividade.

Se o paciente somar mais de 15 dias não consecutivos de afastamento ele terá direito ao auxílio-doença?

Depende. Quando o segurado somar mais de 15 dias de afastamento pela mesma incapacidade declarada no CID dentro de um período máximo de 60 dias, haverá sim a possibilidade do recebimento do auxílio-doença pago pelo INSS.

Quando o paciente deixa de receber o auxílio-doença?

O auxílio-doença deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade para o trabalho ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez.

A perícia médica estabelecerá o prazo que entender suficiente para a recuperação da capacidade para o trabalho do segurado. A partir dessa data o segurado deve retornar ao trabalho. Caso considere esse prazo insuficiente, o segurado deve requerer sua prorrogação nos 15 dias que antecederem ao fim do benefício, devendo realizar nova perícia. Esse pedido pode ser feito na Agência da Previdência Social responsável pela concessão do benefício, pela Internet no site da Previdência Social ou pelo telefone gratuito 135, que funciona de segunda a sábado, das 7h às 22h.

Existe algum programa de reabilitação profissional, caso a incapacidade relacione-se apenas a alguns tipos de atividades?

Se constatado que o beneficiário do auxílio-doença não poderá retornar para sua atividade habitual, deverá participar do programa de reabilitação profissional para o exercício de outra atividade, prescrito e custeado pela Previdência Social, sob pena de ter o benefício suspenso. Depois de concluído o processo de reabilitação profissional, a Previdência Social emitirá certificado indicando a atividade para a qual o trabalhador foi capacitado profissionalmente. A Previdência Social fornecerá aos segurados recursos materiais necessários à reabilitação profissional, quando indispensáveis ao desenvolvimento do respectivo programa, incluindo próteses, órteses, instrumentos de trabalho, implementos profissionais, auxílio-transporte e auxílio-alimentação. O trabalhador em gozo de auxílio-doença tem prioridade de atendimento no programa de reabilitação profissional.

O que o paciente deve fazer se tiver seu pedido de auxílio-doença negado injustamente?

Quando o pedido de concessão ou prorrogação de auxílio-doença for negado, o paciente que se sentir prejudicado poderá formular pedido de reconsideração no prazo de até 30 dias após a ciência da avaliação médica ou a da cessação do benefício. Esse pedido pode ser feito na agência da Previdência Social responsável pela concessão do benefício, pela Internet no site da Previdência Social ou pelo telefone gratuito 135, que funciona de segunda a sábado, das 7h às 22h. Se o resultado ainda for desfavorável, o paciente pode ingressar com ação judicial.

É possível ajuizar ação judicial para concessão de auxílio-doença por meio do Sistema dos Juizados Especiais?

Os Juizados Especiais Federais são competentes para julgar ações objetivando a concessão do auxílio-doença cujo saldo não supere o valor de 60 salários mínimos. O acesso aos Juizados é gratuito, não sendo necessária a contratação de advogado. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para conferir a relação dos Juizados Es-

peciais Federais instalados no Brasil ou informe-se na Justiça Federal de sua região. Também é possível ajuizar essa ação por intermédio da Defensoria Pública da União ou de um advogado particular.

Observações:

- Para ter direito aos benefícios da Previdência Social, o trabalhador precisa estar em dia com suas contribuições mensais, caso contrário, pode perder a qualidade de segurado. Há situações em que o trabalhador fica um período sem contribuir e, mesmo assim, mantém a qualidade de segurado. É o chamado “período de graça”. Confira essas hipóteses no site da Previdência Social
- O paciente pode comparecer à perícia médica acompanhado de um médico de sua confiança, desde que arque com os respectivos custos
- O pedido de auxílio-doença poderá ser feito desde o primeiro dia de afastamento caso o empregado já tenha documentos médicos que indiquem que ficará mais de 15 dias afastado

Saiba mais:

www.previdencia.gov.br

Telefone: 135.

Legislação

Lei nº 6.880, de 09/12/1980 (art. 67, §1º, “c”) – dispõe sobre o Estatuto dos Militares.

Constituição Federal, de 5/10/1988 (art. Inciso 201, I)

Lei nº 8.112, de 11/12/1990 (art. 184, inciso I; art. 186, inciso I e §1º) – dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Lei nº 8.213, de 24/7/1991 (art. 1º; art. 18, incisos I, II e III, art. 29, §10, art. 43, §1º, “a”, art. 60) – dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

Decreto nº 3.048, de 6/5/1999 (art. 71) – regulamento da Previdência Social.

Portaria Interministerial MPAS/MS nº 2.998, de 23/8/2001 (art. 1º, inciso IV e art. 2º) – relação de doenças graves que independem de carência para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

Medida Provisória nº 2.215-10, de 31/8/2001 (art. 3º, inciso XV) - dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas.

Decreto nº 4.307, de 18/7/2002 - regulamenta a Medida Provisória nº 2.215-10, de 31/8/2001.

Decreto nº 5.844, de 13/7/2006 (art.1º que acrescenta parágrafos ao art. 78 do Regulamento da Previdência Social) – autoriza peritos do INSS a fixar prazo para recuperação da capacidade laborativa (retorno ao trabalho).

Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 6/8/2010 (arts. 274 a 287) – dispõe sobre a administração de informações dos segurados, o reconhecimento, a manutenção e a revisão de direitos dos beneficiários da Previdência Social e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social – (INSS).

14. APOSENTADORIA **POR INVALIDEZ**

O que é a aposentadoria por invalidez?

É um benefício mensal devido ao segurado pela Previdência Social (INSS) que ficar incapacitado permanentemente para o trabalho em virtude de doença ou acidente e não sujeito à reabilitação para o exercício do trabalho. O benefício será pago ao segurado enquanto permanecer nessa condição.

O paciente com câncer, segurado pela Previdência Social, tem direito à aposentadoria por invalidez?

Sim, desde que fique comprovada sua permanente incapacidade para o trabalho.

Como é verificada a incapacidade permanente para o trabalho?

A constatação da incapacidade dá-se por meio de perícia médica realizada pela Previdência Social. Não tem direito à aposentadoria por invalidez quem, ao se filiar à Previdência Social, já tiver doença ou lesão que geraria o benefício, a não ser quando a incapacidade resultar do agravamento da enfermidade.

Há prazo de carência para o segurado ter direito à aposentadoria por invalidez?

Via de regra, para ter direito ao benefício, o trabalhador precisa contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses. Todavia, o cumprimento do período de carência deixa de ser exigido em caso de acidente do trabalho, bem como quando a incapacidade estiver relacionada às seguintes doenças: tuberculose ativa, hanseníase, alienação mental, **neoplasia maligna (câncer)**, cegueira, paralisia irreversível e incapacitante, cardiopatia grave, doença de Parkinson, espondiloartrose anquilosante, nefropatia grave, estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante), Aids, contaminação por radiação, hepatopatia grave, fibrose cística (mucoviscidose).

O servidor público também tem direito à aposentadoria por invalidez?

Os servidores públicos possuem regras próprias, mas todos devem ter garantida a cobertura de benefícios correspondentes ao auxílio-doença e à aposentadoria por invalidez. Os servidores públicos deverão seguir o procedimento previsto nos seus estatutos para requerer o benefício. O departamento de recursos humanos do órgão público ao qual o paciente é vinculado poderá prestar todas as informações necessárias.

Como obter a aposentadoria por invalidez?

Para obter o benefício, o paciente, segurado pela Previdência Social, deve comparecer, pessoalmente ou por intermédio de um procurador, a uma agência da Previdência Social, preencher requerimento próprio, apresentar a documentação exigida e agendar realização de perícia

médica. A aposentadoria por invalidez também pode ser requerida via internet no site da Previdência Social ou pelo telefone gratuito 135, que funciona de segunda a sábado, das 7h às 22h.

Quais os documentos necessários para obtenção da aposentadoria por invalidez?

A documentação exigida para análise do pedido de aposentadoria por invalidez dependerá da categoria na qual o segurado está registrado na Previdência Social. Essa informação está disponível no site da Previdência Social. Para os empregados com carteira de trabalho assinada - a maioria dos trabalhadores - os documentos exigidos são:

- Carteira de Trabalho original ou documentos que comprovem a contribuição à Previdência Social
- Número de Identificação do Trabalhador - NIT (PIS/Pasep)
- Relatório médico original com as seguintes informações: diagnóstico da doença, histórico clínico do paciente, CID (Classificação Internacional de Doenças), eventuais sequelas provocadas pela doença, justificativa da incapacidade permanente para o trabalho. O relatório deve conter data, assinatura, carimbo e CRM do médico
- Exames que comprovem a existência da doença
- Procuração, se for o caso

Qual o valor da aposentadoria por invalidez?

Corresponde a 100% do salário benefício e é isento do Imposto de Renda. O salário benefício dos trabalhadores inscritos até 28 de novembro de 1999 corresponderá à média dos 80% maiores salários de contribuição, corrigidos monetariamente, desde julho de 1994. Para os inscritos a partir de 29 de novembro de 1999, o salário - benefício será a média dos 80% maiores salários de contribuição de todo o período contributivo.

O aposentado por invalidez pela Previdência Social que necessitar da ajuda diária de outra pessoa tem algum outro direito?

Sim. Se o aposentado por invalidez pela Previdência Social necessitar de assistência permanente de outra pessoa, a critério da perícia médica, o valor do benefício será aumentado em 25% a partir da data de sua solicitação, mesmo que o valor atinja o limite máximo previsto em lei.

Quando o paciente começa a receber o benefício do INSS?

Se o trabalhador estiver recebendo auxílio-doença, a aposentadoria por invalidez será paga a partir do dia imediatamente posterior ao da cessação do auxílio-doença. Caso contrário, se o trabalhador tiver carteira assinada, o início do pagamento se dará a partir do 16º dia de afastamento da atividade ou a partir da data de entrada do requerimento, se entre o afastamento e o pedido decorrerem mais de 30 dias. Para os demais segurados, o pagamento se inicia a partir da data da incapacidade ou a partir da data de entrada do requerimento, quando solicitado após o 30º dia de afastamento do trabalho.

A aposentadoria por invalidez somente é concedida após 2 anos de afastamento por auxílio-doença?

Não. Normalmente, a aposentadoria por invalidez é concedida após um período de gozo do auxílio-doença, tempo muitas vezes necessário para que se possa verificar com exatidão se a incapacidade é temporária ou permanente. Entretanto, se a perícia médica logo de início considerar o segurado totalmente incapaz para o trabalho, sem possibilidade de reabilitação profissional, poderá conceder de imediato, a aposentadoria por invalidez.

O paciente que for aposentado por invalidez pelo INSS precisa realizar perícias periódicas?

Quem recebe aposentadoria por invalidez tem que passar por perícia médica de dois em dois anos, caso contrário, o benefício é suspenso. Após completar 60 anos de idade, contudo, o aposentado por invalidez

fica dispensado da realização das perícias bianuais para manutenção do benefício.

Quando o paciente deixa de receber o benefício do INSS?

A aposentadoria por invalidez deixa de ser paga quando o segurado recupera a capacidade e volta ao trabalho. A recuperação da capacidade para o trabalho deverá ser atestada também por perícia médica do INSS.

O aposentado por invalidez pode voltar ao trabalho?

O aposentado por invalidez que voltar ao trabalho, por sua própria conta, terá a sua aposentadoria automaticamente cessada, a partir da data do retorno. Quando o aposentado por invalidez se achar em condições de voltar ao trabalho, deverá solicitar a realização de nova avaliação médico-pericial.

O que o paciente deve fazer se tiver seu pedido de aposentadoria por invalidez negado injustamente?

Quando o pedido de aposentadoria por invalidez for negado, o paciente que se sentir prejudicado poderá, no caso de ter recebido alta da Previdência Social, formular pedido de reconsideração no prazo de até 30 dias após a ciência da avaliação médica ou a da cessação do benefício de auxílio-doença. Esse pedido pode ser feito na Agência da Previdência Social responsável pela concessão do benefício, pela internet no site da Previdência Social ou pelo telefone gratuito 135, que funciona de segunda a sábado, das 7h às 22h. Se o resultado ainda for desfavorável ou se a Previdência Social apenas conceder o auxílio-doença (e o paciente entender que é caso de aposentadoria por invalidez), é possível tentar reverter a decisão por meio de ação judicial.

É possível ajuizar ação judicial para concessão de aposentadoria por invalidez por meio do Sistema dos Juizados Especiais?

Os Juizados Especiais Federais são competentes para julgar ações objetivando a concessão da aposentadoria por invalidez cujo saldo não

supere o valor de 60 salários mínimos. O acesso aos Juizados é gratuito, não sendo necessária a contratação de advogado. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para conferir a relação dos Juizados Especiais Federais instalados no Brasil ou informe-se na Justiça Federal de sua região. Também é possível ajuizar essa ação por intermédio da Defensoria Pública da União ou de um advogado particular.

Observações:

- Para ter direito aos benefícios da Previdência Social, o trabalhador precisa estar em dia com suas contribuições mensais, caso contrário, pode perder a qualidade de segurado. Há situações em que o trabalhador fica um período sem contribuir e, mesmo assim, mantém a qualidade de segurado. É o chamado “período de graça”. Confira essas hipóteses no site da Previdência Social.
- O paciente pode comparecer à perícia médica acompanhado de um médico de sua confiança, desde que arque com os respectivos custos.

Saiba mais:

www.previdencia.gov.br

Telefone: 135.

Legislação

Lei nº 6.880, de 9/12/1980 (art. 110) – dispõe sobre o Estatuto dos Militares.

Constituição Federal, de 5/10/1988 (art. 201,inciso I)

Lei nº 8.112, de 11/12/1990 (art. 186,inciso I, §3º e art. 188 §1º) – dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civil da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Lei nº 8.213, de 24/7/1991 (art. 26,inciso II; art. 42, §1º; art. 43, §1º) – dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social.

Decreto nº 3.048, de 6/5/1999 (art. 43, §1º; art. 44 §1º) – regulamento da Previdência Social.

Portaria Interministerial MPAS/MS nº 2.998, de 23/8/2001 (art. 1º, inciso IV e art. 2º) – Relação de doenças graves que independem de carência para concessão de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

Medida Provisória nº 2.215-10, de 31/8/2001 (art. 3º, inciso XV) – dispõe sobre a reestruturação da remuneração dos militares das Forças Armadas.

Decreto nº 4.307, de 18/7/2002 - regulamenta a Medida Provisória nº 2.215-10, de 31/8/2001.

Decreto nº 5.844, de 13/7/2006 (art.1º que acrescenta parágrafos ao art. 78 do Regulamento da Previdência Social) – autoriza peritos do INSS a fixar prazo para recuperação da capacidade laborativa (retorno ao trabalho).

Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 6/8/2010 (arts. 201 a 212) – dispõe sobre a administração de informações dos segurados, o reconhecimento, a manutenção e a revisão de direitos dos beneficiários da Previdência Social e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social – (INSS).

Lei nº 13.063, de 30/12/2014 – Altera a Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, para isentar o aposentado por invalidez e o pensionista inválido beneficiários do Regime Geral da Previdência Social - RGPS de se submeterem a exame médico-pericial após completarem 60 (sessenta) anos de idade.

15. BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) – LOAS

O que é o Benefício de Prestação Continuada?

É a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais que comprovem não possuir meios financeiros para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

Para melhor compreender o alcance desse benefício é importante esclarecer alguns conceitos:

Pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Família: composta pelo requerente do benefício, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.

Quem tem direito ao Benefício de Prestação Continuada?

Idoso: deverá comprovar que possui 65 anos de idade ou mais, que não recebe nenhum benefício previdenciário ou de outro regime de previdência, e que a renda mensal familiar per capita é inferior a 1/4 do salário mínimo vigente.

Pessoa com deficiência: deverá comprovar que a renda mensal do grupo familiar per capita é inferior a 1/4 do salário mínimo. A concessão do benefício ficará também sujeita à avaliação da deficiência e do grau de impedimento, mediante avaliação médica e avaliação social realizadas por médicos - peritos e por assistentes sociais do Instituto Nacional do Seguro Social.

Como fazer o cálculo para verificar se a renda per capita é inferior a 1/4 do salário mínimo?

Basta somar todos os rendimentos (valor bruto) recebidos pelos membros da família que residem na mesma residência do interessado e dividir esse total pelo número de pessoas que ali vivem. Se o resultado for inferior a 25% (1/4) do salário mínimo vigente, o benefício é devido. Os seguintes rendimentos não devem ser computados no cálculo renda da mensal bruta familiar:

- Benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporária
- Valores oriundos de programas sociais de transferência de renda
- Bolsas de estágio curricular
- Pensão especial de natureza indenizatória e benefícios de assistência médica
- Rendas de natureza eventual ou sazonal, a serem regulamentadas em ato conjunto do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do INSS
- Remuneração da pessoa com deficiência na condição de aprendiz

O paciente com câncer tem direito ao BPC?

O paciente com câncer pode ter direito ao BPC caso possua 65 anos ou mais ou na hipótese de ter impedimentos de longo prazo (mínimo de 2 anos) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial.

Como e onde obter?

O INSS é o responsável pela operacionalização do Benefício de Prestação Continuada. Para requerê-lo, basta agendar o atendimento na Agência do INSS mais próxima pelo telefone 135 da Central de Atendimento da Previdência Social ou pela internet no site da Previdência Social (www.previdencia.gov.br), e apresentar os seguintes documentos:

- Formulário de Requerimento de Benefício Assistencial
- Declaração sobre a Composição do Grupo e da Renda Familiar do Idoso e da Pessoa Portadora de Deficiência
- Número de Identificação do Trabalhador – NIT (PIS/PASEP) ou número de inscrição do Contribuinte Individual/Doméstico/Facultativo/Trabalhador Rural, se possuir
- RG ou Carteira de Trabalho
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento

- Certidão de Óbito do(a) esposo(a) falecido(a), se o beneficiário for viúvo(a)
- Comprovante de rendimentos dos membros do grupo familiar.
- Tutela, no caso de menores de 21 anos, filhos de pais falecidos ou desaparecidos
- Se o requerimento for feito por meio de um procurador ou representante legal, apresenta procuração ou documento que comprove a representação legal acompanhada do CPF e RG do procurador/representante legal

Quem recebe o BPC pode receber conjuntamente outro benefício previdenciário?

Não. O beneficiário não pode acumular o BPC com nenhum outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, inclusive o seguro-desemprego, ressalvados a assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória, bem como a remuneração advinda de contrato de aprendizagem no caso da pessoa com deficiência.

Em que casos o BPC poderá ser suspenso?

O benefício será suspenso quando a pessoa com deficiência exercer atividade remunerada, inclusive na condição de microempreendedor individual. Existe, porém, uma exceção: a contratação remunerada de pessoa com deficiência como aprendiz não acarreta a suspensão do BPC, limitado a 2 (dois) anos o recebimento concomitante da remuneração e do benefício.

Extinta a relação trabalhista ou a atividade empreendedora e, quando for o caso, encerrado o prazo de pagamento do seguro-desemprego e não tendo o beneficiário adquirido direito a qualquer benefício previdenciário, poderá ser requerida a continuidade do pagamento do benefício suspenso, sem necessidade de realização de perícia médica ou reavaliação da deficiência e do grau de incapacidade para esse fim, respeitado o período de revisão a cada 2 anos.

O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação

e reabilitação, entre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício da pessoa com deficiência.

Em que casos o BPC poderá ser cancelado?

O benefício será cancelado quando se constatar irregularidade na sua concessão ou utilização. Além disso, o pagamento do BPC deverá ser cessado no momento em que forem superadas as condições que lhe deram origem ou em caso de morte do beneficiário.

Observações:

- A concessão do BPC tem natureza assistencial e, portanto, independe de qualquer espécie de contribuição para a Seguridade Social.
- O BPC pode ser pago a mais de um membro da família, desde que comprovadas todas as condições exigidas. Nesse caso, o valor do benefício concedido a outros membros do mesmo grupo familiar passa a fazer parte do cálculo para apuração da renda mensal familiar, exceto o valor do benefício recebido pelo idoso.
- O BPC é intransferível, não gerando direito a pensão, herdeiros ou sucessores.
- Não é pago 13º salário.
- O BPC deve ser revisto a cada 2 anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem, cessando o pagamento no momento em que forem superadas tais condições ou em caso de morte do beneficiário.
- A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento.
- A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada.

Saiba mais:

www.previdencia.gov.br (modelos de formulários).

Legislação

Constituição Federal, de 5/10/1988.

Lei nº 8.742, de 7/12/1993 (art. 20; art. 21) – dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

Decreto nº 3.048, de 6/5/1999 – aprova o regulamento da Previdência Social.

Lei nº 10.741, de 01/10/2003 (art. 33 e art. 34) - Estatuto do Idoso.

Decreto nº 6.214, de 26/09/2007 – regulamenta o benefício de prestação Continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742/1993, e a Lei nº 10.741/2003.

16. REDUÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA PARA SERVIDORES PÚBLICOS INATIVOS PORTADORES DE DOENÇA INCAPACITANTE

O servidor público inativo (aposentado ou pensionista) está obrigado a contribuir para a previdência?

Sim. O servidor público inativo deve contribuir para o regime previdenciário ao qual está vinculado quando o provento de sua aposentadoria ou pensão superar o limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social (INSS).

O servidor público inativo portador de doença incapacitante tem algum tipo de redução no valor da contribuição previdenciária?

Sim. No caso do servidor público inativo portador de doença incapacitante, a contribuição só incide sobre o montante que superar o dobro do limite máximo estabelecido para os benefícios do regime geral de previdência social (INSS).

Qual o percentual da contribuição previdenciária?

O percentual de contribuição previdenciária para servidores públicos inativos é de 11% sobre o valor que exceder o limite máximo estabelecido para os benefícios do INSS ou o dobro desse valor

quando se tratar de portador de doença incapacitante.

Qual é o limite máximo estabelecido para os benefícios do INSS?

O limite máximo estabelecido para os benefícios do INSS é de R\$ 4.663,75, conforme Portaria Interministerial MPS/MF nº 13, de 09/1/2015. Observação: esse valor é periodicamente alterado (ao menos uma vez por ano). Por isso, verifique no site da Previdência Social o valor da última atualização.

Como é feito o cálculo da contribuição previdenciária, por exemplo, de um servidor público inativo portador de doença incapacitante com proventos de aposentadoria de R\$ 10.000?

Dobro do limite máximo dos benefícios do INSS: $R\$ 4.663,75 \times 2 = R\$ 9.327,50$.

Cálculo da contribuição previdenciária para proventos de R\$ 10.000,00.
 $R\$ 10.000,00 - R\$ 9.327,50 = R\$ 672,50$. Esse valor será à base do cálculo para aplicação da alíquota de 11%, ou seja: $R\$ 672,50 \times 11\% = R\$ 73,97$ (valor da contribuição previdenciária).

Legislação

Constituição Federal, de 5/10/1988 (art. 40, §§ 18 e 21) - incluídos pelas Emendas Constitucionais nº 41/2003 e nº 47/2005).

Lei nº 10.887, de 18/06/2004 - Dispõe sobre a aplicação de disposições da Emenda Constitucional nº 41 e altera dispositivos das Leis nº 9.717, 8.213 e 9.532.

Portaria Interministerial MPS/MF nº 13, de 09/1/2015 - Dispõe sobre o reajuste dos benefícios pagos pelo Instituto Nacional do Seguro Social - INSS e dos demais valores constantes do Regulamento da Previdência Social.

17. COMPRA DE VEÍCULO COM ISENÇÃO DE IMPOSTOS

Isenção do IPI

O que é o IPI?

O Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) é um tributo federal, que incide sobre a fabricação dos produtos produzidos no território nacional, a exemplo dos automóveis.

Quem tem direito à isenção do IPI?

As pessoas com deficiência física, visual, mental severa, profunda ou autistas, ainda que menores de 18 anos, poderão adquirir, diretamente ou por intermédio de seu representante legal, com isenção do IPI, automóvel de passageiros ou veículos de uso misto, de fabricação nacional.

O paciente com câncer tem direito à isenção do IPI?

O paciente com câncer pode se beneficiar dessa isenção quando possuir alguma das deficiências acima mencionadas.

Apenas o próprio beneficiário pode dirigir o veículo adquirido com isenção de IPI?

Não. Esse benefício, a partir de 2003, foi ampliado para as pessoas com deficiência não condutoras, que poderão adquirir o veículo por meio de seu representante legal. Até 3 motoristas podem ser autorizados a dirigir o veículo adquirido nessas condições.

A isenção do IPI compreende todos os acessórios do veículo?

Não. A isenção não alcança os acessórios opcionais que não sejam originais do veículo adquirido.

Existe periodicidade mínima para aquisição de um novo veículo com isenção de IPI?

O benefício só poderá ser usufruído uma vez a cada 2 anos, sem limite do número de aquisições. Antes desse prazo, é necessário obter

autorização do Delegado da Receita Federal, e o imposto só não será devido se o veículo for vendido a outra pessoa com deficiência.

Como obter o benefício?

O interessado deverá apresentar requerimento de isenção de IPI ao delegado da Delegacia da Receita Federal (DRF) ou ao delegado da Delegacia da Receita Federal de Administração Tributária (Derat), munido dos seguintes documentos:

- Cópia do RG e da CNH do requerente e/ou dos motoristas autorizados
- Laudo de avaliação, emitido por prestador de serviço público de saúde ou conveniado do Sistema Único de Saúde (SUS). Normalmente esse laudo é feito por peritos do próprio Detran
- Declaração de Disponibilidade Financeira ou Patrimonial, compatível com o valor do veículo a ser adquirido
- Formulário de identificação de outros condutores se for o caso.
- Declaração de credenciamento junto ao departamento de trânsito emitido pelo serviço de saúde emissor do laudo ou declaração do serviço médico privado integrante do SUS se for o caso
- Declaração de Regularidade de Situação do Contribuinte Individual. Caso o interessado não seja contribuinte, ou seja, isento da contribuição previdenciária (INSS), deverá apresentar declaração, sob as penas da lei, atestando esta condição

Concedida autorização, qual o prazo para adquirir o veículo com isenção do IPI?

O prazo para aquisição do veículo é de 180 dias a partir da emissão da carta de autorização. Expirado esse prazo, o interessado deverá formular novo pedido.

É necessário que a nota fiscal de venda do veículo com isenção seja emitida em nome do beneficiário?

Sim. Para isenção do IPI na compra de veículo, a lei determina que a nota fiscal de venda do veículo seja emitida em nome do beneficiário.

Observações:

- Concedida a isenção, o beneficiário deverá enviar ao delegado da DRF ou da Derat cópia da nota fiscal do veículo até o último dia do mês seguinte ao da sua emissão, ou, caso não venha a adquiri-lo, por qualquer motivo, deverá enviar à mesma autoridade cópia das duas vias originais da carta de autorização no prazo de 30 dias contados a partir do fim do prazo de validade da autorização. A não apresentação desses documentos pode acarretar a aplicação de multa.
- Concessionárias e revendedoras de veículos costumam orientar seus clientes sobre a possibilidade de usufruir da isenção do IPI e de como proceder para tal. Algumas oferecem, inclusive, serviços de despachante gratuitos.
- A isenção do IPI não se aplica às operações de arrendamento mercantil (leasing).
- A indicação de condutor(es) não impede que a pessoa portadora de deficiência conduza o veículo, desde que esteja apto para tanto, observada a legislação específica.

Saiba mais:

www.receita.fazenda.gov.br

Receita fone: 146 (ligação gratuita).

Legislação

Lei nº 8.989, de 24/2/1995 – dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (-IPI), na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências.

Lei nº 10.182, de 12/2/2001 - restaura a vigência da Lei no 8.989, de 24 de fevereiro de 1995.

Lei nº 10.690, de 16/6/2003 - amplia o benefício para portadores de deficiências visuais, mentais e autistas e altera as restrições quanto ao tipo de combustível e potência do motor.

Lei nº 10.754, de 31/10/2003 - dispensa os portadores de deficiência física das exigências quanto ao tipo de combustível e potência do motor nos veículos adquiridos com isenção de IPI.

Lei nº 11.196, de 21/11/2005 - reduz para 2 (dois) anos o prazo mínimo para alienação do veículo e prorroga a vigência da Lei 8.989, de 24/02/1995 até 21/12/2009.

Lei nº 11.307, de 19/5/2006 - estende a possibilidade de alienação do veículo adquirido antes de 22/11/2005, após o prazo mínimo de 2 (dois) anos contados de sua aquisição.

IN-RFB nº 988, de 22/12/2009 - disciplina a aquisição de automóveis com isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda ou autistas.

Isenção do ICMS

O que é o ICMS?

O Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços (ICMS) é um tributo estadual que incide sobre a venda de bens móveis ou mercadorias, como os automóveis.

O paciente com câncer tem direito à isenção do ICMS?

Ficam isentas do ICMS as saídas internas e interestaduais de veículo automotor novo quando adquirido por pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental severa ou profunda, ou autistas, diretamente ou por intermédio de seu representante legal.

Quais os critérios de definição de deficiência para fins de isenção do ICMS?

Para efeitos de isenção do ICMS na aquisição de veículos, é considerada a pessoa portadora de:

- Deficiência Física - Aquela que apresenta alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções
- Deficiência Visual - Aquela que apresenta acuidade visual igual ou menor que 20/200 (tabela de Snellen) no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º, ou ocorrência simultânea de ambas as situações
- Deficiência Mental Severa ou Profunda - Aquela que apresenta o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação anterior aos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas
- Autismo - Aquela que apresenta transtorno autista ou autismo atípico

Ficam as unidades federadas autorizadas a estabelecer em suas legislações outros graus de deficiência.

Todos os Estados devem conceder a isenção do ICMS na compra de veículo ao deficiente físico?

Sim, todos os Estados e o Distrito Federal devem conceder isenções do ICMS, nos termos do Convênio ICMS 38/2012, celebrado entre representantes dos Estados, Distrito Federal e do Ministério da Fazenda e ratificado nacionalmente.

Quem atesta a condição de deficiente físico para isenção do ICMS?

A comprovação de deficiência será feita de acordo com norma estabelecida por cada Estado, podendo ser suprida pelo laudo apresentado à Secretaria da Receita Federal do Brasil para concessão da isenção de IPI (vide Anexo II do Convênio ICMS 38/2012).

A condição de pessoa com deficiência mental severa ou profunda, ou autismo será atestada mediante Laudo de Avaliação emitido em conjunto por médico e psicólogo, nos formulários específicos constantes dos Anexos III e IV, do Convênio ICMS 38/2012, emitido por prestador de serviço público de saúde ou serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Anexo V, do Convênio ICMS 38/2012.

Onde obter informação sobre os procedimentos necessários para isenção do ICMS?

Essa informação pode ser obtida nos Detrans dos Estados. Concessionárias e revendedoras de veículos costumam orientar seus clientes sobre a possibilidade de usufruir da isenção do ICMS e de como proceder para tal. Algumas oferecem, inclusive, serviços de despachante gratuitos.

Qualquer pessoa pode dirigir um veículo adaptado adquirido com isenção do ICMS?

Esse benefício, a partir de 2012, foi ampliado para as pessoas com deficiência não condutoras, que poderão adquirir o veículo por meio de seu representante legal. Até 3 motoristas podem ser autorizados a dirigir o veículo adquirido nessas condições, conforme identificação constante do Anexo VI do Convênio ICMS 38/2012.

Existem limites quanto ao valor do veículo?

O benefício tributário só se aplica a veículo automotor novo cujo preço de venda ao consumidor sugerido pelo fabricante, incluídos os tributos incidentes, não seja superior a R\$ 70.000.

Qual a periodicidade com que o veículo pode ser trocado?

O veículo adquirido por pessoa com deficiência com isenção do ICMS não poderá ser vendido antes de passados 2 anos da data da aquisição, sob pena de recolhimento integral do tributo, exceto se a venda for para outra pessoa com deficiência ou se houver autorização do fisco estadual.

Como obter o benefício?

A isenção do ICMS deve ser previamente reconhecida pelo fisco do Estado onde o interessado possui domicílio, mediante requerimento instruído com:

- Laudo médico, conforme o tipo de deficiência (vide Anexos II, III e IV do Convênio ICMS 38/2012)
- Comprovação de disponibilidade financeira ou patrimonial do portador de deficiência ou autista ou de parentes em primeiro grau em linha reta ou em segundo grau em linha colateral, cônjuge ou companheiro em união estável, ou, ainda, de seu representante legal, suficiente para fazer frente aos gastos com a aquisição e a manutenção do veículo a ser adquirido
- Cópia autenticada da CNH, quando tratar-se de deficiência física, na qual constem as restrições referentes ao condutor e as adaptações necessárias ao veículo (quando o interessado necessitar do veículo com característica específica para obter a CNH, poderá adquiri-lo com isenção sem a apresentação da respectiva cópia autenticada)
- Comprovante de residência
- Cópia da CNH de todos os condutores autorizados, se for o caso
- Declaração com indicação dos condutores autorizados, na forma do Anexo VI, se for o caso
- Documento que comprove a representação legal, se for o caso

Observações:

- Os formulários e anexos acima mencionados podem ser confeccionados e acessados no Portal do Instituto Oncoguia
- Cada unidade federada poderá editar normas adicionais de controle
- O interessado não pode ter débitos com a Fazenda Pública Estadual ou Distrital
- O veículo automotor deverá ser adquirido e registrado no Departamento de Trânsito do Estado - DETRAN em nome do deficiente
- É importante que, na nota fiscal, o vendedor faça constar que a aquisição é isenta de ICMS, nos termos da lei
- A autoridade competente, se deferido o pedido, emitirá autorização para que o interessado adquira o veículo com isenção do ICMS em quatro vias, que terão a seguinte destinação:
 - A primeira via deverá permanecer com o interessado
 - A segunda via será entregue à concessionária, que deverá remetê-la ao fabricante
 - A terceira via deverá ser arquivada pela concessionária que efetuou a venda ou intermediou a sua realização. O prazo de validade da autorização será de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data da emissão, sem prejuízo da possibilidade de formalização de novo pedido pelo interessado, na hipótese de não ser utilizada dentro desse prazo
 - A quarta via ficará em poder do fisco que reconheceu a isenção
- Na hipótese de um novo pedido poderão ser aproveitados, a juízo da autoridade competente para a análise do pleito, os documentos já entregues
- O adquirente do veículo deverá apresentar à repartição fiscal a que estiver vinculado, nos prazos a seguir relacionados contados da data da aquisição do veículo constante no documento fiscal de venda:

1. Até o décimo quinto dia útil, cópia autenticada da nota fiscal que documentou a aquisição do veículo.
 2. Até 180 (cento e oitenta) dias:
 - a) Cópia autenticada da CNH, quando tratar-se de deficiência física, na qual constem as restrições referentes ao condutor e as adaptações necessárias ao veículo (quando o interessado necessitar do veículo com característica específica para obter a CNH, poderá adquiri-lo com isenção sem a apresentação da respectiva cópia autenticada)
 - b) Cópia autenticada da nota fiscal referente à colocação do acessório ou da adaptação efetuada pela oficina especializada ou pela concessionária autorizada, caso o veículo não tenha saído de fábrica com as características específicas discriminadas no laudo previsto
- A autorização emitida pela autoridade competente poderá ser disponibilizada em meio eletrônico no sítio da Secretaria de Fazenda, Finanças ou Tributação respectiva, mediante fornecimento, ao interessado, de chave de acesso para a obtenção da autorização

Legislação

Lei Complementar nº 24, de 7/1/1975 - Dispõe sobre os convênios para a concessão de isenções do imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias, e dá outras providências.

Convênio ICMS nº 38/2012 - (Conselho Nacional de Política Fazendária/Ministério da Fazenda) - Concede isenção do ICMS nas saídas de veículos destinados a pessoas portadoras de deficiência física, visual, mental ou autista.

Ato Declaratório nº 05, de 25/04/2012 - Ratifica os Convênios ICMS 38/2012, entre outros.

Isenção do IPVA

O que é o IPVA?

O Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) é um tributo estadual, que incide, como o próprio nome indica, sobre a propriedade de todo e qualquer veículo automotor, como: automóveis de passageiros, aeronaves, motos, caminhões e embarcações.

O paciente com câncer tem direito à isenção do IPVA?

Cada Estado possui legislação própria regulamentando a matéria. Por isso, o primeiro passo é verificar na legislação do seu Estado quais as hipóteses previstas para obter a isenção do IPVA. Muitos Estados preveem a isenção do IPVA para os veículos destinados ao uso de pessoas com algum tipo de deficiência, podendo se enquadrar nessa condição o paciente com câncer, com deficiência ou mobilidade reduzida. Essa informação pode ser obtida nos Detrans e nas Secretarias Estaduais da Fazenda. As concessionárias e revendedoras de veículos também costumam orientar seus clientes quanto à possibilidade de usufruir do benefício tributário e de como proceder para tal.

As pessoas que se beneficiarem desse direito e que pagaram indevidamente o IPVA podem requerer a restituição?

De acordo com a legislação tributária, aquele que recolheu imposto indevidamente poderá pleitear sua restituição retroativa aos últimos 5 anos. Assim, se o beneficiário desse direito puder provar que já preenchia os requisitos legais para obter a isenção do IPVA poderá pedir a restituição do valor pago indevidamente (até os 5 anos anteriores à data do requerimento da restituição).

Legislação

Lei nº 5.172, de 25/10/1966 (arts. 165, inciso I, e 168) - Dispõe sobre o Sistema Tributário Nacional e institui normas gerais de direito tributário aplicáveis à União, Estados e Municípios.

Legislações Estaduais

- Acre: **Lei Complementar nº 114, de 30/12/2002** (art. 12, VII).

- Alagoas: [Lei nº 6.555, de 30/12/2004](#) (art. 6º, IV).
- Amapá: [Lei nº 400, de 22/12/1997](#) (art. 99, VI).
- Amazonas: [Lei Complementar nº 19, de 19/12/1997](#) (art. 151, §§ 7º e 8º – desconto de 50%).
- Bahia: [Lei nº 6.348, de 17 de/12/1991](#) (art. 4º, inciso VII, parágrafo único);
- Ceará: [Lei nº 12.023, de 20/11/1992](#) (art. 4º, inciso VI, §2º).
- Distrito Federal: [Lei nº 7431, de 17/12/1985](#) (art. 4º, inciso VII) e Decreto nº 34.024, de 10/12/2012 (art. 6º, inciso V, 1, 2).
- Espírito Santo: [Lei nº 6.999 de 27/12/2001](#) (art. 6º, inciso II) e Decreto nº 1008-R, de 5/3/2002 (art. 5º, inciso I, “f” e “h”; II, “a” e “b”; §§ 1º, 2º).
- Goiás: [Lei nº 11.651, 26/12/1991](#) (art. 94, inciso VI).
- Maranhão: [Lei nº 7799, de 19/12/2002](#) (Art. 92, inciso VII).
- Mato Grosso: [Lei nº 7.301, de 17/6/2000](#) (art. 7º, inciso III, §§ 3º, 4º e 5º).
- Mato Grosso do Sul: [Lei nº 1.810, de 22/12/1997](#) (art. 152, inciso IV e V; art. 154, §§ 1º, 2º).
- Minas Gerais: [Lei nº 14.937, de 23/12/2003](#) (art. 3º, inciso III; §4º).
- Pará: [Lei nº 6.017, de 30/12/1996](#) (art. 3º, inciso XII); e Decreto nº 2.703, de 27/12/2006 (art. 5º, inciso XII).
- Paraíba: [Lei nº 7.131, de 5/7/2002](#) (art. 4º, inciso VI).
- Paraná: [Lei nº 14.260, de 22/12/2003](#) (art. 14, inciso V).
- Pernambuco: [Lei nº 10.849, de 28/12/1992](#) (art. 5º, inciso VII).
- Piauí: [Lei nº 4.548, de 30/12/1992](#) (art. 5º, inciso VII).
- Rio de Janeiro: [Lei nº 2.877, de 22/12/1997](#) (art. 5º, inciso V).
- Rio Grande do Norte: [Lei nº 6.967, de 31/12/1996](#) (art. 8º, inciso VI).
- Rio Grande do Sul: [Lei nº 8.115, de 30/12/85](#) (art. 4º, inciso VI); e Decreto nº 32.144, de 30/12/1985 (art. 4º, V).
- Rondônia: [Lei nº 950, de 22/12/2000](#) (art. 6º, inciso IV) e Decreto nº 9.963, de 29/05/2002 (art. 7º, inciso IV, V; art. 13, inciso IV).
- Santa Catarina: [Lei nº 7.543, de 30/12/1988](#) (art. 8º, inciso V, “e”, “k”, §§ 1º e 6º).

- São Paulo: Lei nº 13.296, de 23/12/2008 (art. 13, inciso III, §2º).
- Sergipe: Lei nº 3.287, de 21/12/1992 (art. 4º, inciso VII); e Decreto nº 13.459, de 29/12/1992 (art. 4º, inciso VII e art. 5º, I).
- Tocantins: Lei nº 1.287, de 28/12/2001 (art. 71º, inciso VI e §3º).

Isenção do IOF

O que é IOF?

O Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) é um tributo federal, que incide sobre operações de crédito, câmbio e seguro e sobre operações relativas a títulos e valores mobiliários. O IOF incide, por exemplo, nas operações de financiamento para a compra de veículo automotor.

O paciente com câncer tem direito à isenção do IOF no financiamento para compra de veículo?

São isentas do IOF as operações de financiamento para a aquisição de automóveis de passageiros de fabricação nacional de até 127 HP de potência bruta, quando adquiridos por pessoas com deficiência física, atestada pelo Detran do Estado onde residem em caráter permanente, por meio de perícia médica, que deverá especificar o tipo de deficiência física e a necessidade e capacidade do interessado para dirigir veículo adaptado. Assim, o paciente com câncer com algum tipo de deficiência física que só lhe permita dirigir veículo adaptado poderá usufruir desse benefício.

Quem reconhece o direito à isenção do IOF?

A isenção do benefício deverá ser reconhecida pela Secretaria da Receita Federal, pelo delegado da Delegacia da Receita Federal ou delegado da Delegacia da Receita Federal de Administração Tributária da jurisdição do domicílio do interessado.

A isenção do IOF pode ser obtida a cada novo financiamento para compra de veículo?

Não. Ao contrário do que ocorre com o IPI e o ICMS, a isenção do IOF só poderá ser requerida uma única vez pelo mesmo interessado.

Observações:

- A isenção do IOF não alcança os portadores de deficiência visual, mental severa ou profunda, ou autistas, por falta de previsão legal.
- A alienação do veículo adquirido com o benefício tributário só poderá ocorrer após 3 (três) anos contados da sua aquisição, sob pena de pagamento do imposto mais encargos legais.
- Concessionárias e revendedoras de veículos costumam orientar seus clientes sobre a possibilidade de usufruir da isenção do IOF e de como proceder para tal. Algumas oferecem, inclusive, serviços de despachante gratuitos.

Saiba mais

www.receita.fazenda.gov.br

Receita fone: 146 (ligação gratuita).

Legislação

Lei nº 8.383, de 30/12/1991 (art. 72, inciso IV, §§ 1º e 3º) – institui a Unidade Fiscal de Referência, altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências.

18. ISENÇÃO DO IPTU

O que é o IPTU?

O IPTU (Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana) é um tributo municipal que incide sobre a propriedade, o domínio útil ou a posse de bem imóvel localizado na zona urbana do município.

O paciente com câncer tem direito à isenção do IPTU?

Não existe uma legislação de alcance nacional que garanta isenção do IPTU para pessoas com determinados tipos de patologia. Tramita no Congresso Nacional o Projeto de Lei Complementar nº 432/08, objetivando garantir a isenção do IPTU para pessoas com doenças graves. Apesar disso, como se trata de um imposto municipal, alguns municípios já possuem legislação garantindo a isenção do IPTU para paciente com câncer, pessoas com deficiência ou idosos. O paciente deverá se informar na Secretaria das Finanças do seu município sobre a existência desse direito.

O município onde eu moro não possui legislação garantindo ao paciente com câncer a isenção do IPTU. O que é possível ser feito para criar uma lei que garanta esse direito?

Na maioria dos municípios onde hoje há legislação garantindo a isenção do IPTU para pacientes com determinadas doenças graves, esse direito só foi conquistado a partir da luta de pacientes e ONGs, que pressionaram seus legisladores a criarem esse benefício. Assim, pacientes e ONGs devem mobilizar seus vereadores e prefeitos a legislar sobre essa matéria.

Observações:

- Entre em contato conosco pelo telefone 0800 773 1666 caso haja lei na sua região que garanta o direito à isenção do IPTU. Assim, poderemos divulgar essa informação, ampliando o acesso dos pacientes aos seus direitos.

Legislação

- Teresina/PI - **Lei Complementar nº 3.606, de 29/12/2006** (art. 41, inciso V) - isenta do IPTU pessoas acometidas de câncer e Aids.
- Rio de Janeiro/RJ - **Lei nº 1.955, de 24/3/1993** (art. 61, inciso XXIII) - isenta do IPTU pessoas com deficiência, aposentados ou pensionistas com mais de 60 anos.

- Estância Velha/RS – Lei nº 1.641/2010 – isenta do IPTU os portadores de HIV e câncer.
- São Miguel das Missões/RS – Lei nº 1.985/2010 – isenta do IPTU aposentados, maiores de 60 anos e pessoas com doenças graves.
- São Paulo/SP – Lei nº 11.614, de 13/7/1994 – isenta do IPTU aposentados, pensionistas e beneficiários do Loas.
- Campos do Jordão/SP – Lei nº 3.426, de 19/4/2011 - isenta do IPTU pessoas com câncer, Aids e insuficiência renal crônica.

★ 19. ISENÇÃO DE TARIFAS DE TRANSPORTE COLETIVO INTERESTADUAL (PASSE LIVRE INTERESTADUAL)

O que se entende por transporte coletivo interestadual?

Aquele destinado a viagens entre diferentes Estados do Brasil, ou seja, sai de um Estado e vai para outro. O Passe Livre não vale para o transporte urbano ou entre municípios dentro do mesmo Estado, nem para viagens em ônibus executivo e leito.

Quem tem direito ao Passe Livre Interestadual?

Têm direito ao Passe Livre Interestadual pessoas com deficiência física, mental, auditiva e/ou visual comprovadamente carentes.

Quem é considerado carente para fins de obtenção do Passe Livre Interestadual?

Aquele com renda familiar mensal per capita igual ou inferior a 1 salário mínimo.

Para fazer esse cálculo, some todos os rendimentos recebidos pelos familiares que residem no mesmo local que você e divida esse valor pelo número total deles, incluindo até mesmo os que não têm renda. Se o resultado for igual ou inferior a um salário mínimo, o Passe Livre Interestadual poderá ser devido, desde que preenchidos os demais requisitos legais.

Quais os tipos de transporte que aceitam o Passe Livre Interestadual?

Ônibus, barco e trem.

Como obter o Passe livre Interestadual?

Basta preencher os formulários Requerimento de Passe Livre e Atestado de Equipe Multiprofissional do SUS e enviá-los, por carta, para o Ministério dos Transportes no seguinte endereço: Caixa Postal 9600, Brasília (DF), CEP 70001-970.

Os formulários também podem ser solicitados, via correios, ao Ministério dos Transportes. Para tanto, basta enviar uma carta ao endereço acima citado, solicitando o “Kit Passe Livre”.

Algum outro documento deve ser apresentado?

Além dos formulários acima mencionados, o interessado deve apresentar cópia simples de um documento de identificação pessoal (Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento, Certidão de Reservista, RG, Carteira de Trabalho ou Título de Eleitor).

Como conseguir autorização de viagem nas empresas de transporte coletivo?

O interessado deverá apresentar a carteira do Passe Livre junto com a Carteira de Identidade nos pontos de venda de passagens, até três horas antes do início da viagem. As empresas são obrigadas a reservar, a cada viagem, dois assentos para atender às pessoas portadoras do Passe Livre. Se as vagas já estiverem preenchidas, a empresa tem obrigação de reservar sua passagem em outra data ou horário. Se a solicitação não for atendida, faça uma reclamação pelo telefone (61) 2029.8035 ou pelo e-mail passelivre@transportes.gov.br.

O Passe Livre dá direito a acompanhante?

Apenas quando comprovado, por laudo médico, que a presença de acompanhante é imprescindível para locomoção do beneficiário do passe livre. Nesse caso, a carteira do beneficiário do passe livre deverá trazer a indicação “necessidade de acompanhante”. O acompanhante

também deve comprovar que não possui condições financeiras para custear sua passagem, usando o mesmo cálculo de renda per capita utilizado para concessão do benefício à pessoa com deficiência.

Saiba mais:

www.transportes.gov.br

Legislação

Lei nº 8.899/94, de 29/6/1994 - concede o Passe Livre às pessoas portadoras de deficiência.

Decreto nº 3.298/99, de 20/12/1999 - dispõe sobre a integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Decreto nº 3.691/00, de 19/12/2000 - dispõe sobre o transporte de pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte interestadual.

Portaria Interministerial nº 3/01 - disciplina a concessão do Passe Livre às pessoas portadoras de deficiência, comprovadamente carentes, no sistema de transporte coletivo interestadual.

Decreto nº 5.296, de 02/12/2004 - Regulamenta as Leis nos 10.048/2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Portaria MS/SAS nº 502, de 28/12/2009 - Instrui na forma do Anexo desta Portaria, o Atestado de Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS, a ser utilizado para a identificação das pessoas portadoras de deficiência.

Portaria MT/GM nº 261, de 03/12/2012 - Disciplina a concessão e a administração do benefício de passe livre à pessoa com deficiência, comprovadamente carente, no sistema de transporte coletivo interestadual de passageiros.

Portaria MT/GM nº 410, de 27/11/2014 - Em cumprimento à decisão judicial, dispõe sobre os critérios que garantem direito a acompanhante ao beneficiário do passe livre interestadual.

20. LIBERAÇÃO DO **RODÍZIO DE VEÍCULOS** (SÃO PAULO/SP)

O município de São Paulo adotou o popularmente chamado “Rodízio de Veículos” para reduzir o número de veículos em circulação no Anel Viário da cidade nos horários de pico (de manhã, das 7h às 10h, e de tarde, das 17h às 20h).

O paciente com câncer pode ser dispensado do rodízio de veículos?

Estão liberados do rodízio os veículos dirigidos por pessoas com deficiência ou por aqueles que as transportem (acompanhante). Muitas vezes, o paciente com câncer, devido a algumas sequelas, enquadra-se nesse critério. Os pacientes que obtiverem a isenção dos impostos para compra de veículo certamente terão direito também à liberação do rodízio de veículos.

Como obter dispensa do rodízio?

O interessado deverá preencher o Formulário de Cadastro de Veículos de Pessoas Portadoras de Deficiências (disponível também na sede do Departamento de Operação do Sistema Viário – DSV), anexando os seguintes documentos:

- Original ou cópia autenticada de atestado médico comprovando a deficiência, contendo Código Internacional de Doenças – CID, com carimbo, CRM e assinatura do médico e com data não superior a três meses
- Cópia simples do Certificado de Registro e Licenciamento do Veículo – (CRLV)
- Cópia simples do CPF da pessoa com deficiência (ou do representante legal, se for o caso)
- Cópia simples do RG ou documento equivalente do requerente e do representante legal, quando for o caso. Na ausência do RG, anexar a Certidão de Nascimento
- No caso de representante legal, deverá ser anexada cópia simples da procuração ou certidão de tutela ou curatela

O formulário e os demais documentos devem ser entregues, pessoalmente ou via Correios, no seguinte endereço:

DSV / Autorizações Especiais (DSV-AE)

Rua Sumidouro, 740 Pinheiros – São Paulo/SP – CEP 05428-010

De segunda a sexta-feira, das 9h às 17h

Telefones: (11) 3812-3281 / (11) 3816-3022

Saiba mais:

www.cetsp.com.br

Legislação

Lei Municipal (São Paulo/SP) nº 12.490, de 3/10/1997 – autoriza o Executivo a implantar Programa de Restrição ao Trânsito de Veículos Automotores no Município de São Paulo.

Decreto Municipal (São Paulo/SP) nº 37.085, de 3/10/1997 – regulamenta a lei nº 12.490, de 3 de outubro de 1997, que autoriza o Executivo a implantar Programa de Restrição ao Trânsito de Veículos Automotores no município de São Paulo.

21. ISENÇÃO DE TARIFAS DE TRANSPORTE COLETIVO URBANO

Quem detém a competência para legislar e administrar serviços de transporte coletivo urbano?

O transporte coletivo urbano é um serviço de interesse local. Cabe, portanto, aos municípios definirem as regras para isenção de tarifas dos meios de transporte coletivo sob sua responsabilidade. O governo estadual também costuma administrar parte do sistema de transporte, sobretudo os intermunicipais.

O paciente com câncer tem direito à isenção do pagamento de tarifas de transporte coletivo?

A maioria das legislações municipais e estaduais garante o direito à

isenção da tarifa do transporte coletivo urbano para pessoas com deficiência. Em alguns locais, o direito à isenção dessa tarifa se estende a pacientes de determinadas patologias durante o tempo de duração de certos tratamentos. Sendo assim, é importante verificar na secretaria dos transportes da localidade onde reside o paciente, quais as hipóteses e requisitos previstos em lei para se obter a isenção da tarifa do transporte coletivo urbano.

Observações:

- Entre em contato conosco pelo 0800 773 1666 caso haja lei na sua região que garanta o direito à isenção do pagamento da tarifa do transporte público coletivo. Assim, poderemos divulgar essa informação, ampliando o acesso dos pacientes aos seus direitos.

Legislação

Constituição Federal (art. 21,inciso XII; art. 25,inciso§1º; art. 30, incisos I e V)

São Paulo (regiões metropolitanas)

O paciente com câncer tem direito à isenção do pagamento de tarifas de transporte coletivo urbano nas regiões metropolitanas de São Paulo?

A legislação prevê a isenção do pagamento da tarifa para pessoas com deficiência e para pacientes com câncer em tratamento de quimioterapia (exceto oral), radioterapia e cobaltoterapia.

Como posso obter esse direito?

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber mais informações sobre a isenção do pagamento de tarifas de transporte coletivo urbano nas regiões metropolitanas de São Paulo.

Observações:

- O benefício poderá ser estendido a um acompanhante, tendo em vista as limitações de autonomia e independência do beneficiário da isenção, desde que haja recomendação expressa no laudo médico.

Legislação

Lei Complementar Estadual/SP nº 666, de 26/11/1991 – autoriza o Poder Executivo a conceder isenção de tarifas de transporte às pessoas portadoras de deficiência e dá outras providências.

Decreto Estadual/SP nº 34.753, de 1/4/1992 – regulamenta a Lei Complementar nº 666, de 26 de novembro de 1991, que concede isenção de pagamento de tarifas de transporte coletivo urbano e dá providências correlatas.

Resolução Conjunta SS/STM nº 3, de 9/6/2004 – disciplina as medidas administrativas e operacionais referentes à isenção do pagamento de tarifas de transporte coletivo regular, de âmbito metropolitano, sob responsabilidade do Estado, concedida às pessoas com deficiência.

Resolução Conjunta SS/STM nº 5, de 04/01/2006 – estende o direito à isenção aos portadores de Neoplasia Maligna (câncer) e insuficiência renal crônico, em situações específicas.

Lei Municipal (São Paulo/SP) nº 11.250, de 1/10/1992 – dispõe sobre a isenção de tarifa no sistema de transporte coletivo do Município aos deficientes físicos e mentais, e dá outras providências.

Lei Municipal (São Paulo/SP) nº 14.988, de 29/9/2009 – dispõe sobre a relação das patologias e diagnósticos que autorizam a isenção de pagamento de tarifa nos veículos integrantes do Sistema de Transporte Coletivo Urbano de Passageiros na cidade de São Paulo, prevista na Lei nº 11.250, de 1º de outubro de 1992.

Portaria Intersecretarial nº 1/11-SMT/SMS (São Paulo/SP) – disciplina a concessão de isenção do pagamento de tarifas de transporte público coletivo municipal às pessoas com deficiência ou portadoras de determinadas patologias.

22. CARTÃO DE ESTACIONAMENTO

VAGAS RESERVADAS

O paciente com câncer tem direito de usar vagas reservadas para veículos que transportem pessoa com deficiência?

Caso o paciente com câncer apresente alguma deficiência física ou visual, poderá usufruir desse benefício. Serão reservados, pelo menos, dois por cento do total de vagas para veículos que transportem pessoa portadora de deficiência física ou visual, nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou de uso coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, sendo assegurada, no mínimo, uma vaga, em locais próximos à entrada principal ou ao elevador, de fácil acesso à circulação de pedestres, com especificações técnicas de desenho e traçado conforme o estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT.

É preciso ter algum tipo de identificação especial para provar que o veículo serve ao transporte de uma pessoa com deficiência?

Os veículos estacionados nas vagas reservadas deverão portar identificação a ser colocada em local de ampla visibilidade, confeccionado e fornecido pelos órgãos de trânsito, caso contrário o motorista poderá sofrer sanções previstas no Código de Trânsito Brasileiro.

Observação:

- Os órgãos de trânsito municipais disciplinam as características e condições de uso da identificação necessária para utilização de vagas destinadas às pessoas com deficiência.
- Estados e municípios podem estender o benefício para outros públicos, como pessoas em tratamento de saúde.

Legislação

Constituição Federal (art. 30, inciso I)

Lei nº 9.503, de 23/09/1997 (art. 181, XVII) – Código de Trânsito Brasileiro

Lei nº 10.098, de 19/12/2000 (art. 7º) – Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

Decreto nº 5.296, de 02/12/2004 (art. 25) – Regulamenta as Leis nos 10.048/2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098/2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Exemplo de São Paulo/SP

Quem tem direito ao cartão de estacionamento no município de São Paulo/SP?

- Pessoas com deficiência física no(s) membro(s) inferior(es)
- Pessoas com deficiência física, decorrente de incapacidade mental
- Pessoas com mobilidade reduzida temporária, com alto grau de comprometimento ambulatorio, inclusive as com deficiência de ambulação – temporária, mediante solicitação médica ou;
- Pessoas com deficiência visual e com dificuldade de locomoção

Como obter o cartão de estacionamento no município de São Paulo/SP?

No município de São Paulo, para obter o Cartão DeFis-DSV, o interessado deve preencher o requerimento abaixo disponibilizado e entregá-lo, pessoalmente ou pelos Correios, devidamente acompanhado dos documentos exigidos, no setor de Autorizações Especiais do DSV (DSV-AE), que fica na Rua Sumidouro, 740, em Pinheiros, CEP 05428-010, e funciona de segunda a sexta-feira das 9h às 17h. Telefones: (11) 3812.3281 ou (11) 3816.3022. O cartão deverá ser retirado nesse mesmo endereço.

Quais os documentos necessários para obter o cartão de estacionamento no município de São Paulo/SP?

- Formulário de requerimento do Cartão DeFis-DSV
- Formulário de atestado médico que comprove a deficiência física ambulatoria ou a mobilidade reduzida, contendo a respectiva indicação de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), o carimbo, o CRM e a assinatura do médico, com data de emissão não superior a 3 meses. O requerente deve entregar o formulário original ou cópia, autenticada ou simples (neste último caso, será preciso apresentar o original para conferência)
- Cópia simples da Carteira de Identidade (ou de documento equivalente) da pessoa com deficiência física ambulatoria ou com mobilidade reduzida e do seu representante, quando for o caso. Este último deve apresentar cópia simples de documento comprovando ser representante do portador de deficiência física ou com mobilidade reduzida
- Cópia simples do comprovante de residência atual no nome do requerente comprovando a residência no município de São Paulo

O que é preciso observar no uso diário do cartão?

Além das regras de trânsito vigentes e daquelas estabelecidas pela sinalização local, deverão ser respeitadas rigorosamente as Regras de Utilização contidas no verso do cartão DeFis-DSV.

Observações:

- O cartão DeFis-DSV não dá direito ao uso da vaga gratuitamente. Nas vagas especiais situadas em áreas de Zona Azul, o usuário deve utilizar além do Cartão DeFis-DSV, o cartão de Zona Azul.
- O Cartão DeFis-DSV poderá ser utilizado como referência para estabelecimentos particulares, que reservem vaga específica de estacionamento demarcada com o Símbolo Internacional de Acesso.

Legislação

Decreto Municipal nº 36.073, de 9/5/1996 .

Portaria DSV/SMT nº 14, de 2/4/2002 – Dispõe sobre o Cartão DeFis-DSV.

Resolução CONTRAN nº 304, de 18/12/2008 – Dispõe sobre vagas de estacionamento destinadas exclusivamente a veículos que transportem pessoas portadoras de deficiência e com dificuldade de locomoção.

★ 23. CÂNCER E TRABALHO

Concurso público

O que se entende por concurso público?

Concurso público é um processo seletivo de emprego em órgãos vinculados à União, Estados, Distrito Federal e Municípios (incluindo autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações públicas) em busca do melhor candidato. Todos os candidatos disputam as vagas em igualdade de condições, de modo que não haja privilégios de nenhuma espécie, salvo a diferenciação positiva das vagas, como no caso das reservadas a pessoas com deficiência.

O paciente com câncer pode participar de concurso público?

Uma das etapas do concurso público - normalmente a última - é o exame médico admissional. Por meio dele, é possível avaliar se o candidato não se encontra incapacitado de exercer a atividade pretendida. Não são raras as vezes em que o candidato é reprovado no exame médico por já ter recebido anteriormente o diagnóstico de câncer, o que, na visão de alguns, geraria, com frequência, afastamentos para tratamento de saúde e aposentadorias por invalidez, prejudicando os quadros do pessoal da administração pública e onerando os cofres públicos.

Com a qualidade dos tratamentos atuais, contudo, muitos pacientes conseguem controlar o avanço da doença, tendo plena condição para o trabalho. Por isso, tem prevalecido na justiça o entendimento

de que, se a doença estiver controlada e o candidato encontrar-se em condições de exercer o cargo, ele não poderá ser impedido de assumir o cargo.

O paciente com câncer pode participar de concurso público concorrendo à vaga destinada a pessoa com deficiência?

Não há nada que impeça o paciente com câncer de concorrer à vaga destinada a pessoa com deficiência, desde que comprove tal condição. Também é importante que a deficiência apresentada e a condição clínica relacionada ao câncer não impeça o candidato de exercer as atividades exigidas para o cargo pretendido.

Todos os concursos públicos reservar vagas para pessoas com deficiência?

Sim. Todos os concursos públicos devem destinar de 5% a 20% das vagas para pessoas com deficiência.

Quais os critérios de definição de deficiência para fins de reserva de vagas em concurso público?

De acordo com a Convenção de Guatemala, deficiência significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social.

Várias normas tentam estabelecer critérios para conceituar “pessoas com deficiência”. Entendemos que a condição de deficiência deverá ser avaliada caso a caso, mas, de modo geral, entende-se por “pessoas com deficiência” aquelas que possuam limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadram nas seguintes categorias:

Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparésia, he-

miplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de 41 e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000 Hz;

Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º ; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. Comunicação.
2. Cuidado pessoal.
3. Habilidades sociais.
4. Utilização dos recursos da comunidade.
5. Saúde e segurança.
6. Habilidades acadêmicas;
7. Lazer.
8. Trabalho.

Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências. Entendemos, conforme consta em muitos editais de concursos públicos, que pessoas com mobilidade reduzida também podem concorrer a vagas destinadas a pessoas com deficiência. Entende-se por pessoa com mobilidade reduzida aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade

de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

O que fazer para concorrer à vaga destinada a pessoa com deficiência?

O candidato que apresentar algum tipo de deficiência deverá seguir todas as orientações estabelecidas no edital do concurso público, em especial separar todos os relatórios médicos e exames que comprovem a deficiência, bem como a aptidão física para exercício do cargo em questão. O edital do concurso deverá conter previsão expressa a respeito da distribuição das vagas.

O que o paciente com câncer pode fazer caso seja considerado inapto em avaliação médica de concurso público?

Caso o paciente seja aprovado nas provas técnicas, independentemente de estar ou não concorrendo à vaga destinada a pessoa com deficiência, e não concordar com uma eventual decisão de inaptidão clínica declarada pela avaliação médica, poderá questionar judicialmente a decisão da perícia médica, demonstrando que sua doença está controlada, não prejudicando o desempenho de suas atividades profissionais.

É possível ajuizar ação judicial para questionar avaliação da perícia médica em concurso público por meio do Sistema dos Juizados Especiais?

Os Juizados Especiais da Fazenda Pública, criados pela Lei nº 12.153/2009, são competentes para julgar ações contra os Estados e os Municípios até o limite de 60 salários mínimos. Entre as matérias que podem ser apreciadas pelos Juizados Especiais da Fazenda Pública destacam-se aquelas relacionadas a concursos públicos realizados nos âmbitos estadual e municipal. Quando o concurso público for realizado por órgãos federais, o Juizado Especial Federal terá competência para julgar tais questionamentos.

O acesso aos Juizados é gratuito, não sendo necessária a contratação de advogado. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para

0800 773 1666 e confira a relação dos Juizados Especiais Federais e dos Juizados Especiais da Fazenda Pública. Também é possível ajuizar essa ação na Justiça Comum por intermédio da Defensoria Pública Estadual (contra órgãos estaduais ou municipais) e da Defensoria Pública da União (contra órgãos federais), independente do valor da causa, ou por meio de advogado particular.

Legislação

Constituição Federal, de 5/10/1988 (art. 3º, inciso IV; art. 37, inciso VIII, e §§1º e 2º).

Lei nº 7.853, de 24/10/1989 – dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

Lei n.º 8.112, de 11/12/1990 (art. 5º, § 2º) – dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Decreto nº 3.298, de 20/12/1999 – regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

Decreto nº 3.956, de 8/10/2001 (Convenção de Guatemala) – promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

Decreto nº 5.296, de 2/12/2004 – regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

Decreto nº 6.949, de 25/8/2009 (Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência) – promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

Jurisprudência

- Garantindo ao paciente com câncer o direito de tomar posse em concurso público quando comprovado o controle da doença e a aptidão para o desempenho da função (TJSP – AC 0040848-21.2010.8.26.0053, AC 0014466-83.2013.8.26.0053, AC 2000896-24.2014.8.26.0000, AC 0107032-27.2008.8.26.0053)

Cotas de emprego em empresas privadas

Como funciona a reserva de vagas em empresas privadas?

Empresas com 100 ou mais funcionários são obrigadas a reservar um percentual de 2% a 5% das vagas do seu quadro de funcionários para pessoas com deficiência habilitadas ou beneficiários reabilitados pelo INSS. Veja abaixo a proporção de vagas que as empresas devem reservar, conforme o número de funcionários:

- de 100 a 200 empregados 2%
- de 201 a 500 empregados 3%
- de 501 a 1.000 empregados 4%
- de 1.001 em diante 5%

Quais os trabalhadores que podem ser contratados para preenchimento das vagas reservadas?

Podem ser contratadas para preenchimento das vagas reservadas as pessoas reabilitadas profissionalmente, conforme certificado fornecido pelo INSS, e as pessoas com deficiência.

O que se entende por pessoa com deficiência para fins de cumprimento da cota?

Entendemos que a condição de deficiência deverá ser avaliada caso a caso, mas, de modo geral, entende-se por “pessoas com deficiência” aquelas que possuam limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadrem nas seguintes categorias:

Deficiência física: alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Deficiência auditiva: perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz, 2.000 Hz e 3.000 Hz;

Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

Deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. Comunicação.
2. Cuidado pessoal.
3. Habilidades sociais.
4. Utilização dos recursos da comunidade.

5. Saúde e segurança.
6. Habilidades acadêmicas.
7. Lazer.
8. Trabalho.

Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

As pessoas com mobilidade reduzida também devem ter vagas reservadas. Entende-se por pessoa com mobilidade reduzida aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

O paciente com câncer pode preencher a cota?

Não há nada que impeça o paciente com câncer de preencher a reserva de vagas, desde que esteja apto para o trabalho e comprove possuir alguma das deficiências acima mencionadas ou ter passado por processo de reabilitação profissional perante o INSS.

Legislação

Constituição Federal, de 5/10/1988 (art. 3º, inciso IV; art. 7º, inciso XXXI; art. 203, IV)

Decreto nº 62.150, de 19/1/1968 – promulga a Convenção nº 111 da OIT sobre discriminação em matéria de emprego e profissão.

Lei nº 7.853, de 24/10/1989 – dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, e dá outras providências.

Lei nº 8.213, de 24/7/1991 (art. 93) – dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

Decreto nº 129, de 22/5/1991 – promulga a Convenção nº 159, da Organização Internacional do Trabalho – (OIT), sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes.

Decreto nº 914, de 6/9/1993 – institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências.

Decreto nº 3.048, de 06/5/1999 (art. 141) – aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.

Decreto nº 3.298, de 20/12/1999 (art. 36) – regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.

Decreto nº 3.298, de 20/12/1999 – regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

Decreto nº 3.956, de 8/10/2001 (Convenção de Guatemala) – promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

Decreto nº 5.296, de 2/12/2004 – regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

Decreto nº 6.949, de 25/8/2009 (Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência) – promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

Reabilitação Profissional

O que se entende por reabilitação profissional?

A reabilitação profissional é um serviço da Previdência Social, prestado pelo INSS, que tem o objetivo de oferecer, aos segurados incapacitados para o trabalho (por motivo de doença ou acidente), os meios de reeducação ou readaptação profissional para seu retorno ao mercado de trabalho. O beneficiário de auxílio-doença, não suscetível de recuperação para exercício de sua atividade habitual, deverá submeter-se ao processo de reabilitação, de modo que possa exercer outra atividade. O auxílio-doença não cessará até o fim

do processo de reabilitação. Caso a readaptação se torne inviável, o segurado deverá ser aposentado por invalidez.

Quem tem direito ao serviço de reabilitação profissional?

Todos os trabalhadores que mantêm a qualidade de segurados da Previdência Social têm direito ao serviço de reabilitação profissional. As pessoas com deficiência, independentemente de qualquer vínculo com a Previdência Social também têm direito ao serviço de reabilitação.

Observações:

- O atendimento é feito por equipe de médicos, assistentes sociais, psicólogos, sociólogos, fisioterapeutas e outros profissionais
- A reabilitação profissional é prestada também aos dependentes, de acordo com a disponibilidade das unidades de atendimento da Previdência Social
- Depois de concluído o processo de reabilitação profissional, a Previdência Social emitirá certificado indicando a atividade para a qual o trabalhador foi capacitado profissionalmente
- A Previdência Social poderá fornecer aos segurados recursos materiais necessários à reabilitação profissional, incluindo próteses, órteses, taxas de inscrição em cursos profissionalizantes, instrumentos de trabalho, implementos profissionais e auxílios - transportes e alimentação
- O trabalhador vítima de acidente de trabalho terá prioridade de atendimento no programa de reabilitação profissional.
- Não há prazo mínimo de contribuição para que o segurado tenha direito à reabilitação profissional

Legislação

Lei nº 8.213, de 24/7/1991 (art. 93) – dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências.

Decreto nº 3.048, de 6/5/1999 (art. 136 e seguintes) – aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências.

Discriminação

O que se entende por discriminação nas relações de trabalho?

Discriminação significa toda distinção, exclusão ou preferência, com base em raça, cor, sexo, religião, opinião política, nacionalidade ou origem social, que tenha por efeito anular ou reduzir a igualdade de oportunidade ou de tratamento no emprego ou profissão, bem como qualquer outra distinção, exclusão ou preferência, que tenha por efeito anular ou reduzir a igualdade de oportunidades, ou tratamento emprego ou profissão.

É discriminatória a despedida sem justa causa de um empregado com diagnóstico de câncer?

Segundo entendimento consolidado na justiça do trabalho, presume-se discriminatória a despedida de empregado portador de doença grave (a exemplo do câncer). Por ser presumida, caberá ao empregador provar que a despedida não teve nenhuma relação com a doença e sim com outras circunstâncias (ex.: razões econômicas).

O que o paciente com câncer pode fazer caso seja demitido sem justa causa e entenda que isso se deu por discriminação?

O paciente que for demitido sem justa causa e entender que sua demissão constitui ato de discriminação poderá pleitear a reintegração no emprego, bem como indenização por danos materiais e morais.

O paciente com câncer possui estabilidade no emprego?

Não há dispositivo legal que garanta ao paciente com câncer estabilidade no emprego. Todavia, como visto acima a demissão não pode ocorrer em razão de discriminação pelo fato de o empregado ter alguma doença grave. Se isso ocorrer, a Justiça do Trabalho poderá determinar a reintegração do trabalhador ao emprego e/ou condenar o empregador ao pagamento de um valor indenizatório. Vale a pena também conferir na convenção coletiva de trabalho firmada entre o sindicato do trabalhador e o sindicato da empresa se existe cláusula garantindo algum tipo de estabilidade em casos de doenças graves.

Legislação

Decreto nº 62.150, de 19/1/1968 - Promulga a Convenção nº 111 da OIT sobre discriminação em matéria de emprego e profissão.

Decreto nº 6.949, de 25/8/2009 (Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência) - promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007.

Jurisprudência

- Garantindo a reintegração no trabalho e/ou indenização a paciente com câncer demitido sem justa causa por presumida discriminação (Sumula nº 443 do TST: DISPENSA DISCRIMINATÓRIA. PRESUNÇÃO. EMPREGADO PORTADOR DE DOENÇA GRAVE. ESTIGMA OU PRECONCEITO. DIREITO À REINTEGRAÇÃO - Res. 185/2012, DEJT divulgado em 25, 26 e 27.09.2012. Presume-se discriminatória a despedida de empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Inválido o ato, o empregado tem direito à reintegração no emprego).

24. CÂNCER E EDUCAÇÃO

O paciente com câncer que não pode comparecer às aulas tem algum tipo de tratamento especial?

Sim. A lei garante tratamento excepcional aos alunos de qualquer nível de ensino, portadores de doenças ou limitações físicas incompatíveis com a frequência aos trabalhos escolares, desde que se verifique a conservação das condições intelectuais e emocionais necessárias para o prosseguimento da atividade escolar em novos moldes.

O estudante que estiver nessas condições deverá compensar a ausência às aulas?

Sim. O estudante deverá compensar a ausência às aulas por meio de exercícios domiciliares com acompanhamento da escola, sempre que compatíveis com seu estado de saúde e a possibilidade do estabelecimento de ensino.

Como obter o tratamento especial de frequência escolar?

O paciente deve apresentar à diretoria do estabelecimento de ensino laudo médico elaborado por autoridade oficial do sistema educacional.

O estudante que gozar do tratamento especial fica dispensado das aulas obrigatórias de Educação Física?

Sim. O aluno amparado pelo tratamento especial acima mencionado fica dispensado de prática da Educação Física.

Existe alguma lei que beneficie o estudante em relação ao valor da mensalidade escolar?

Não há nenhuma lei que beneficie o estudante (com câncer) quanto a descontos na mensalidade. Entretanto, algumas instituições de ensino, em razão de políticas de responsabilidade social, podem conceder descontos ao estudante com câncer ou que tiver pai ou mãe com a doença.

De qualquer forma, é interessante, nesses casos, solicitar à diretoria da instituição desconto parcial ou total da mensalidade.

Legislação

Decreto-Lei nº 1.044, de 21/10/1969 – dispõe sobre tratamento excepcional para os alunos portadores das afecções que indica.

Lei nº 7.692, de 20/12/1988 – dispõe sobre a Educação Física em todos os graus e ramos de ensino.

25. CIRURGIA DE **RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

O que é a cirurgia de reconstrução mamária?

É a cirurgia plástica reparadora da mama, retirada, total ou parcialmente, em virtude do tratamento do câncer.

Quem tem direito à cirurgia de reconstrução mamária?

Todo paciente com câncer de mama que teve a mama retirada total ou parcialmente em decorrência do tratamento tem o direito de realizar cirurgia plástica reparadora. Por lei, tanto o Sistema Único de Saúde (SUS) como o plano de saúde são obrigados a realizar essa cirurgia. Quando existirem condições técnicas e clínicas, a reconstrução mamária deverá ocorrer no mesmo ato cirúrgico de retirada da mama (mastectomia).

O que fazer para realizar a cirurgia de reconstrução mamária?

Pelo SUS, exija o agendamento da cirurgia de reconstrução mamária no local do tratamento. Sempre que possível a reconstrução deve ocorrer no mesmo tempo cirúrgico da cirurgia de retirada da mama para tratamento do câncer. Caso não esteja em tratamento, dirija-se a uma Unidade Básica de Saúde e solicite seu encaminhamento para uma unidade especializada em cirurgia de reconstrução mamária. Pelo Plano de Saúde, converse com o médico responsável pela cirurgia de retirada da mama, que poderá auxiliá-la no contato com o cirurgião-plástico. Caso já tenha feito a cirurgia de retirada da mama, procure um cirurgião-plástico pertencente à sua rede credenciada.

Observações:

- Por razões clínicas ou técnicas, nem sempre é possível realizar a cirurgia de reconstrução mamária logo após a retirada da mama. Importante que o paciente converse com seu médico sobre o melhor momento para realizar esse procedimento
- Há decisões judiciais garantindo à paciente com câncer de mama o direito a corrigir eventual assimetria entre a mama

afetada pelo câncer e a outra mama (saudável). Nesse caso, o paciente poderá realizar cirurgia plástica também na mama saudável a fim de manter a mesma proporção estética entre ambas as mamas

Legislação

Lei nº 9.656, de 3/6/1998 (art. 10-A) – dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Lei nº 9.797, de 5/5/1999 – dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer.

Lei nº 10.223, de 15/05/2001 (altera a Lei nº 9.656/98) - Dispõe sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer.

Lei nº 12.802, de 24/04/2013 - (altera a Lei nº 9797) - Dispõe sobre o momento da reconstrução mamária.

Jurisprudência

- Garantindo o direito à cirurgia plástica para simetrização das mamas no SUS (TJSP – AC 0032212-47.2012.8.26.0554, AC 0032212-47.2012.8.26.0554)
- Garantindo o direito à cirurgia plástica para simetrização das mamas pelo plano de saúde (TJSP – AC 0011457-80.2009.8.26.0659, AC 9110956-91.2004.8.26.0000, AC 9160763-41.2008.8.26.0000)

★ 26. SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Entendendo o SUS

O que é o SUS?

O Sus (Sistema Único de Saúde) é o modelo adotado pelo Brasil para planejamento e execução de ações e serviços visando à promoção,

proteção e recuperação da saúde. Foi criado pela Constituição Federal de 1988 e é regido pelos seguintes princípios:

Universalidade: garantia de acesso de toda e qualquer pessoa a toda e qualquer ação e serviço de saúde. Antes da instituição do SUS, o acesso aos serviços de saúde só era garantido apenas às pessoas que contribuíam para a previdência social.

Igualdade: é a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do sistema, de acordo com a necessidade clínica.

Integralidade: significa, primeiramente, que as ações e serviços de saúde devem visar não só a recuperação (cura), mas também a promoção e a proteção da saúde (prevenção). Além disso, a assistência integral implica atendimento individualizado, segundo suas necessidades particulares, e em todos os níveis de complexidade. A assistência integral deve se pautar nas reais necessidades terapêuticas, sem acrescentar o que possa ser considerado supérfluo ou desnecessário ou retirar o essencial ou relevante.

Gratuidade: trata-se de uma consequência lógica dos princípios da universalidade, igualdade e integralidade. Para que o acesso às ações e serviços de saúde seja universal, integral e igualitário, é necessário que ele seja gratuito. Assim, nenhum valor deve ser cobrado do paciente que utilizar os serviços do SUS.

Descentralização: é entendida como a redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que, quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Assim, pode-se verificar uma tendência à municipalização das ações e serviços de saúde.

Hierarquização: as ações e os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente (primário, secundário, terciário e quaternário). Isso significa que o paciente deve entrar no sistema por meio de um posto de saúde (atenção primária) ou de um pronto-socorro (urgência ou emergência) e, se houver necessidade, o paciente deve ser encaminhado a um centro de maior complexidade.

Regionalização: significa não apenas distribuir espacialmente as ações e serviços de saúde, mas, também, organizá-los de modo eficiente, atendendo ao princípio da regionalização, evitando, assim, a duplicidade de meios para fins idênticos (e, conseqüentemente, o desperdício de recursos humanos, materiais, técnicos e financeiros).

Resolutividade: capacidade de resolver o problema trazido pelo paciente. Isso depende da eficiência de cada nível de complexidade e da integração entre eles.

Participação dos cidadãos: o principal mecanismo de participação da população na formulação das políticas de saúde e no controle de sua execução se dá por meio dos conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais), entidades com representação paritária entre usuários e governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço de saúde, e das Conferências de saúde. Com o uso da internet e das mídias sociais, foi possível ampliar o debate por meio das consultas e audiência públicas, além de inúmeras iniciativas individuais capazes de mobilizar vários agentes defensores do direito à saúde e à dignidade, pressionando os órgãos públicos a aprimorarem as políticas públicas de saúde.

O que se entende por saúde?

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde é o completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas ausência de doenças.

Qual o caminho que o paciente deve percorrer para ter acesso aos serviços oferecidos pelo SUS?

As principais portas de entrada do SUS são os postos de saúde (atenção primária) e os prontos-socorros (atenção de urgência e emergência). Para ter acesso aos serviços de saúde, o usuário do SUS deve, preferencialmente, procurar o posto de saúde mais próximo de seu domicílio ou um pronto-socorro, se o caso for de urgência ou emergência. É importante que o paciente respeite esse fluxo para garantir o tratamento igualitário, uma vez que outras pessoas se submeterão às mesmas condições; desse modo, estará também contribuindo para o bom funcionamento do SUS.

Uma vez atendido, o médico poderá encaminhar o paciente a um especialista, solicitar a realização de exames ou mesmo prescrever medicamentos ou outros tratamentos, já encaminhando o paciente para o local de dispensação do medicamento ou realização do tratamento ou exames propostos.

Principais direitos

Quais são os principais direitos dos usuários do SUS?

- Iniciar o tratamento oncológico (cirurgia, quimioterapia ou radioterapia) no prazo máximo de 60 dias contados a partir da data da emissão do exame patológico, ou em prazo menor, conforme necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário
- Ter acesso ao conjunto de ações e serviços necessários para a promoção, proteção e recuperação da saúde
- Ter acesso gratuito aos medicamentos necessários para tratar e restabelecer a saúde
- Ter acesso a atendimento ambulatorial, realização de exames, internação hospitalar e demais procedimentos necessários para manutenção da saúde em tempo razoável
- Ser atendido com dignidade, respeito, atenção, de forma personalizada e com continuidade, em locais e condições adequadas

- Ser identificado e tratado pelo nome ou sobrenome, e não por números, códigos ou de modo genérico, desrespeitoso ou preconceituoso
- Ser acompanhado por familiar ou pessoa indicada, se assim desejar, nas consultas e exames, durante todo o período de tratamento de parto e pós-parto imediato
- Menores de 18 anos e maiores de 60 têm direito a permanecer acompanhados o tempo todo, inclusive durante a internação
- Identificar as pessoas responsáveis direta e indiretamente pela sua assistência, por meio de crachás visíveis, legíveis e que contenham o nome completo, a profissão e o cargo do profissional, assim como o nome da instituição
- Ter autonomia e liberdade para tomar as decisões relacionadas à sua saúde
- Consentir ou recusar, de forma voluntária e esclarecida, procedimentos médicos de qualquer natureza
- Ter, se desejar, uma segunda opinião de outro profissional sobre procedimentos recomendados, podendo trocar de médico, hospital ou instituição de saúde
- Participar das reuniões dos conselhos e conferências de saúde, bem como de consultas e audiências públicas
- Ter acesso a informações claras e completas sobre os serviços de saúde existentes na sua localidade
- Ter sigilo de toda e qualquer informação relativa à sua saúde.
- Ter acesso ao seu prontuário
- Receber informações claras, objetivas, completas e compreensíveis sobre seu estado de saúde, hipóteses diagnósticas, exames solicitados e tratamentos indicados
- Receber as receitas com o nome genérico dos medicamentos prescritos
- Conhecer a procedência do sangue e dos hemoderivados e poder verificar, antes de recebê-los, o atestado de origem, sorologias efetuadas e prazo de validade

Acesso gratuito a medicamentos

Quem tem direito ao acesso gratuito a medicamentos?

A Constituição Federal conferiu ao Estado, por intermédio do Sistema Único de Saúde, o dever de garantir, a todos, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, o direito à saúde de forma integral e igualitária, incluindo a assistência farmacêutica.

Existe uma lista de medicamentos que são cobertos pelo SUS?

Via de regra, o paciente somente terá acesso aos medicamentos previamente incorporados ao SUS, o que é feito mediante avaliação de órgãos técnicos especializados, que levam em conta as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança dos medicamentos, bem como a avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação aos produtos já incorporados. Esse mecanismo é importante para que os gestores do SUS possam melhor planejar as políticas públicas de saúde, alocando adequadamente os recursos financeiros disponíveis para tanto.

Como eu posso saber quais medicamentos estão disponíveis no SUS?

O Ministério da Saúde publica no seu portal na internet todos os medicamentos incorporados ao SUS, bem como os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas criados para orientar o diagnóstico e o tratamento de determinadas doenças. Estados e municípios podem complementar essa relação com outros itens. Também é possível obter essa informação no próprio estabelecimento de saúde, os quais, em muitos casos, são os responsáveis pela padronização, aquisição e distribuição dos medicamentos.

É possível ter acesso gratuito a medicamentos não incorporados ou não previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS?

Existe muita controvérsia sobre essa questão. Embora as políticas públicas de saúde implementadas pelo SUS devam ser prestigiadas, muitos especialistas e membros do poder judiciário entendem que os

gestores do SUS devem analisar caso a caso, e, constatando que os medicamentos incorporados não se mostram clinicamente adequados a determinado paciente, oferecer a ele outros meios existentes no mercado, independentemente da sua prévia incorporação ao SUS, até porque nem sempre o processo de incorporação acompanha a velocidade do avanço da medicina. É importante, porém, que o produto tenha sido registrado na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), órgão competente para avaliar a eficácia, segurança e qualidade do produto, salvo em situações excepcionalíssimas.

O que o paciente poderá fazer caso encontre dificuldades para ter acesso a medicamentos?

Não raras vezes, o paciente se depara com a informação de que determinados medicamentos estão em falta na rede pública. Podem ocorrer também situações especiais em que os medicamentos prescritos não tenham sido incorporados ao SUS. Essas hipóteses podem significar falha ou ineficácia na gestão do SUS, legitimando o paciente a pleitear o acesso a esses bens aos órgãos administrativos de controle ou, como alternativa extrema, recorrer à Justiça.

Como pleitear o acesso gratuito a medicamentos por meio dos órgãos administrativos de controle quando o atendimento do SUS não se mostrar adequado ou resolutivo?

Havendo tempo hábil, recomendamos que o paciente, primeiramente, protocole requerimento escrito na Secretaria da Saúde (do Estado ou do Município), solicitando, com base em relatório médico, os medicamentos dos quais necessita, conforme modelo abaixo. Alguns Estados (a exemplo de São Paulo) e municípios disponibilizam aos pacientes um formulário próprio para solicitação de medicamentos.

Se mesmo assim o paciente encontrar dificuldades no acesso aos medicamentos, poderá apresentar reclamação às ouvidorias do SUS (locais, regionais ou nacional). A ouvidoria do Ministério da Saúde, por exemplo, tem competência para acionar os órgãos competentes para a correção de problemas identificados.

Além das ouvidorias do SUS, o usuário poderá contar com o auxílio de assistentes sociais no próprio estabelecimento em que está sendo atendido. Esses profissionais, muitas vezes, são a chave para a solução de problemas, principalmente nos casos de má comunicação ou desconhecimento dos mecanismos de controle.

Quando recorrer à Justiça?

A Justiça deve ser vista como última trincheira no acesso aos medicamentos. A tentativa de solução extrajudicial pode, em muitos casos, ocorrer de maneira mais rápida e barata que a escolha da via judicial, representando maior benefício para o paciente e para o sistema. Recomendamos que o paciente recorra à Justiça apenas quando todas as alternativas administrativas fracassarem ou quando a urgência do caso não permitir a espera pela análise dos órgãos administrativos.

É possível ajuizar ação judicial para garantia de fornecimento de medicamentos por meio do Sistema dos Juizados Especiais?

Os Juizados Especiais da Fazenda Pública são competentes para julgar ações contra os Estados e os municípios até o limite de 60 salários mínimos; o mesmo ocorrendo com os Juizados Especiais Federais em relação à União Federal. Entre as matérias que podem ser apreciadas por esses juizados destacam-se aquelas relacionadas ao acesso a medicamentos. O acesso aos Juizados é gratuito, não sendo necessária a contratação de advogado. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 e confira a relação dos Juizados Especiais da Fazenda Pública e Juizados Especiais Federais instalados no Brasil. Também é possível ajuizar essa ação por intermédio da Defensoria Pública ou de um advogado particular.

Que documento deve providenciar para acionar a Justiça?

- RG
- CPF
- Comprovante de residência
- Cartão do SUS

- Laudos de exames que comprovem a existência da doença
- Relatório médico contendo a identificação da doença, com a especificação da CID (Classificação Internacional de Doenças); descrição detalhada do tratamento recomendado, inclusive a posologia exata e o tempo de uso do medicamento; o nível de urgência da necessidade, destacando o prazo máximo de espera para o início do tratamento e as consequências do desatendimento; e, se for o caso, justificativa da ineficácia das drogas que são normalmente fornecidas na rede pública, de modo a justificar a adoção de tratamento diferenciado. Obs.: acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para ter acesso a um formulário que facilitará a análise do caso pelo juiz
- Prova de que o paciente procurou obter os medicamentos pelas vias administrativas ou notícia veiculada na imprensa de que o medicamento está em falta.
- Orçamento do tratamento prescrito. Isso ajuda o Poder Judiciário a determinar, em caso de descumprimento de eventual decisão, o sequestro de verbas necessárias

Lei dos 60 dias

Existe um prazo máximo para início do tratamento de câncer pelo SUS?

Sim. O paciente com câncer tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for assinado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

Quando se considera iniciado o primeiro tratamento?

Considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

Esse prazo se aplica a todos os tipos de câncer?

O prazo não se aplica ao câncer não melanótico de pele dos tipos basocelular e espinocelular, ao câncer de tireoide sem fatores clínicos pré-operatórios prognósticos de alto risco, e aos casos sem indicação de tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico. Neste último caso, os pacientes terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica.

Que providências o paciente com câncer deverá tomar caso o prazo de 60 dias para início do tratamento não seja cumprido? A quem e como reclamar/denunciar?

O paciente que não tiver o início do seu tratamento oncológico deverá procurar a Secretaria de Saúde do seu município, pois os fluxos e regulação aos serviços são organizados localmente. O descumprimento da lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Já reclamei na Secretaria de Saúde do meu município, mas ninguém resolve o meu problema. O que fazer neste caso?

Neste caso, uma alternativa é recorrer à Justiça. Para isso, o paciente deve procurar alguns dos legitimados para promoverem a ação, podendo ser: a Defensoria Pública, o Ministério Público, a OAB (assistência judiciária gratuita) e as Faculdades de Direito conveniadas com a OAB e/ou com órgãos do Poder Judiciário (Justiça Estadual/Federal) ou o Sistema dos Juizados Especiais. Há também a possibilidade de contratar um advogado particular.

É possível ajuizar ação judicial para cumprimento da lei dos 60 dias por meio do Sistema dos Juizados Especiais?

Os Juizados Especiais da Fazenda Pública são competentes para julgar ações contra os Estados e os municípios até o limite de 60 salários mínimos; o mesmo ocorrendo com os Juizados Especiais Federais em relação à União Federal. Entre as matérias que podem ser apreciadas por esses juizados destacam-se aquelas relacionadas ao cumprimento

da lei que garante ao paciente com câncer o início do tratamento no prazo máximo de 60 dias a partir do diagnóstico. O acesso aos Juizados é gratuito, não sendo necessária a contratação de advogado. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 e confira a relação dos Juizados Especiais da Fazenda Pública e Juizados Especiais Federais instalados no Brasil. Também é possível ajuizar essa ação por intermédio da Defensoria Pública ou de um advogado particular.

Que documentos devo providenciar para acionar a Justiça?

- RG
- CPF
- Comprovante de residência
- Cartão do SUS
- Laudo do exame patológico
- Relatório Médico contendo a identificação da doença, com a especificação da CID (Classificação Internacional de Doenças); descrição detalhada do tratamento recomendado, inclusive a posologia exata e o tempo de uso do medicamento; o nível de urgência da necessidade, destacando o prazo máximo de espera para o início do tratamento e as consequências do desatendimento; e, se for o caso, justificativa da ineficácia das drogas que são normalmente fornecidas na rede pública, de modo a justificar a adoção de tratamento diferenciado. Obs.: acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para ter acesso a um formulário que facilitará a análise do caso pelo juiz

Ostomizados

O que é pessoa ostomizada?

Pessoa ostomizada é aquela que precisou passar por uma intervenção cirúrgica para fazer no corpo uma abertura ou caminho alternativo de comunicação com o meio exterior, para a saída de fezes ou urina, assim como auxiliar na respiração ou na alimentação. Essa abertura chama-se estoma. Muitos procedimentos cirúrgicos necessários

para tratamento do câncer acabam gerando estomas.

O que é estomia?

É o nome da cirurgia que cria o estoma, um orifício, no abdômen ou na traqueia, permitindo comunicação com o exterior. São elas:

- Estomias Intestinais (colostomia e ileostomia) – são intervenções cirúrgicas realizadas, tanto no cólon (intestino grosso) como no intestino delgado e consistem na exteriorização de um segmento intestinal através da parede abdominal, criando assim uma abertura artificial para a saída do conteúdo fecal.
- Estomias urinárias (urostomia) – abertura abdominal para a criação de um trajeto de drenagem da urina. São realizadas por diversos métodos cirúrgicos, com objetivo de preservar a função renal.
- Gastrostomia – é um procedimento cirúrgico que consiste na realização de uma comunicação do estômago com o meio exterior. Tem indicação para pessoas que a necessitam como via suplementar de alimentação.
- Traqueostomia – procedimento cirúrgico realizada para criar uma comunicação da luz traqueal com o exterior, com o objetivo de melhorar o fluxo respiratório.

O que é a bolsa coletora?

A bolsa é um saco coletor que recebe as fezes ou a urina. Há vários tipos e são indicados de acordo com a localização do estoma, idade da pessoa e tipo de material a receber. Essas bolsas coletoras podem ser drenáveis ou não, opacas ou transparentes e em uma ou duas peças.

Existe algum serviço do SUS dedicado à atenção das pessoas ostomizadas?

Sim. Existem os Serviços de Atenção às Pessoas Ostomizadas. São unidades de saúde especializadas para assistência às pessoas com estoma. Esses serviços devem desenvolver ações de reabilitação que incluem as orientações para o autocuidado, a prevenção, o tratamento

de complicações no estoma, a capacitação de profissionais e o fornecimento de equipamentos coletores e de proteção e segurança (bolsas coletoras, barreiras protetoras de pele sintética, coletor urinário). Devem também ter equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas integrados à estrutura física dos centros de saúde.

As pessoas ostomizadas possuem os mesmos direitos que a lei garante às pessoas com deficiência?

Sim. Pessoas ostomizadas são consideradas portadoras de deficiência física e, em razão disso, podem usufruir dos direitos que a lei garante às pessoas com deficiência, desde que cumpridos os demais requisitos (ex.: compra de veículos adaptados com isenção de impostos, Benefício da Prestação Continuada, isenção da tarifa em transporte urbano coletivo, entre outros).

Tratamento Fora de Domicílio(TFD)

O que é o Tratamento Fora de Domicílio?

O TFD é um benefício que os usuários do Sistema Único de Saúde podem receber, que consiste na assistência integral à saúde, incluindo o acesso de pacientes residentes em um determinado Estado a serviços assistenciais localizados em municípios do mesmo Estado ou de Estados diferentes, quando esgotados todos os meios de tratamento e/ou realização de exame auxiliar diagnóstico terapêutico no local de residência (Município/Estado) do paciente e desde que o local indicado possua o tratamento mais adequado à resolução de seu problema ou haja condições de cura total ou parcial.

Quando o paciente deverá realizar o tratamento em local distante do seu domicílio?

O ideal é que Estados e municípios organizem suas estruturas de atendimento a fim de oferecer ao paciente o maior número possível de serviços dentro da região em que reside. Contudo, há localidades em que, por razões diversas, os serviços de saúde oferecidos à população não possuem todos os recursos diagnósticos e terapêuticos

necessários para a atenção integral do paciente.

Considerando que a saúde no Brasil é um direito de todos e um dever do Estado, este último deve garantir que os pacientes, independentemente da região onde residam, possam ter acesso a todos os recursos de tratamento disponíveis no SUS.

Quando todos os meios existentes na região onde reside o paciente estiverem esgotados ou ausentes e enquanto houver possibilidade de recuperação do pacientes, o SUS deverá oferecer as condições necessárias para o deslocamento do paciente até outra localidade (no mesmo ou em outro Estado) que possua infraestrutura adequada para atender clinicamente às suas necessidades.

Quais despesas estão abrangidas pelo TFD?

As despesas permitidas pelo TFD são aquelas relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante (se este se fizer necessário), devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/Estado.

Existem casos em que o paciente que necessite realizar o tratamento em outro município (diferente do qual reside) não tenha direito ao TFD?

Sim. É vedado o pagamento de TFD em deslocamentos menores do que 50 km de distância e em regiões metropolitanas. Também é vedado o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência.

Como deve ser feita a solicitação de TFD?

A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico - assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual, que solicitará, se necessário, exames ou documentos que complementem a análise de cada caso.

O TFD também cobre despesas com acompanhante?

Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento de acompanhante nos casos em que houver indicação médica, esclarecendo o porquê da impossibilidade do paciente se deslocar desacompanhado. Quando o paciente/acompanhante retornar ao município de origem no mesmo dia serão autorizadas, apenas, passagem e ajuda de custo para alimentação.

Existe alguma tabela de valores de referência para as despesas de TFD?

Sim. O Ministério da Saúde prevê valores básicos relativos às despesas do TFD (veja na tabela a seguir). Contudo, Estados e municípios podem estabelecer valores diversos.

| CÓDIGO | PROCEDIMENTO | VALOR |
|----------------|--|------------|
| 08.03.01.001-0 | Ajuda de custo p/alimentação/pernoite de paciente | R\$ 24,75 |
| 08.03.01.002-8 | Ajuda de custo p/alimentação de pacientes s/pernoite | R\$ 8,40 |
| 08.03.01.003-6 | Ajuda de custo p/alimentação/pernoite de paciente (p/tratamento CNRAC) | R\$ 24,75 |
| 08.03.01.004-4 | Ajuda de custo p/alimentação/pernoite de acompanhante | R\$ 24,75 |
| 08.03.01.005-2 | Ajuda de custo p/alimentação de acompanhante s/pernoite | R\$ 8,40 |
| 08.03.01.006-0 | Ajuda de custo p/alimentação/pernoite de acompanhante (p/tratamento CNRAC) | R\$ 24,75 |
| 08.03.01.007-9 | Unidade de remuneração p/deslocamento de acompanhante por transporte aereo (cada 200 milhas) | R\$ 181,50 |

| | | |
|----------------|---|------------|
| 08.03.01.008-7 | Unidade de remuneração p/deslocamento de paciente por transporte aereo (cada 200 milhas) | R\$ 181,50 |
| 08.03.01.009-5 | Unidade de remuneração p/deslocamento de acompanhante por transporte fluvial (cada 27 milhas nauticas) | R\$ 3,70 |
| 08.03.01.010-9 | Unidade de remuneração p/deslocamento de acompanhante por transporte terrestre (cada 50 KM de distancia) | R\$ 4,95 |
| 08.03.01.011-7 | Unidade de remuneração p/deslocamento de paciente por transporte fluvial (cada 27 milhas nauticas) | R\$ 3,70 |
| 08.03.01.012-5 | Unidade de remuneração p/deslocamento de paciente por transporte terrestre (cada 50 KM) | R\$ 4,95 |
| 08.03.01.013-3 | Unidade de remuneração p/deslocamento interestadial de acompanhante por transporte aereo (cada 200 milhas) (p/tratamento CNRAC) | R\$ 181,50 |
| 08.03.01.014-1 | Unidade de remuneração p/deslocamento interestadual de paciente por transporte aereo (cada 200 milhas) (p/tratamento CNRAC) | R\$ 181,50 |

Atenção domiciliar

O que é a atenção domiciliar?

É uma forma de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada aos demais serviços e unidades de saúde.

O SUS deve oferecer atendimento e internação domiciliar?

Sim. O atendimento e a internação domiciliar são serviços que devem ser oferecidos pelo SUS e só poderão ser realizados por indicação médica, com expressa concordância do paciente e de sua família.

Incluem-se, nesses serviços, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.

Quais são as três modalidades de atenção domiciliar no SUS?

1) Baixa complexidade (AD1):

- Destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde controlados/ compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde
- São realizadas visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por mês.
- Critérios para inclusão do paciente:
 - Apresentar problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde
 - Necessitar de cuidados de menor complexidade, incluídos os de recuperação nutricional, e de menor frequência, dentro da capacidade de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS); e
 - Não se enquadrar nos critérios previstos para o AD2 e AD3 (abaixo)

2) Média complexidade (AD2):

- Destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção.
- Indispensável a presença de um cuidador identificado.
- São realizadas visitas regulares, no mínimo, uma vez por semana.

- Critérios para inclusão do paciente:
 - Demanda por procedimentos de maior complexidade, que podem ser realizados no domicílio, tais como: curativos complexos e drenagem de abscesso, entre outros
 - Dependência de monitoramento frequente de sinais vitais
 - Necessidade frequente de exames de laboratório de menor complexidade
 - Adaptação do paciente e /ou cuidador ao uso do dispositivo de traqueostomia
 - Adaptação do paciente ao uso de órteses/próteses
 - Adaptação de pacientes ao uso de sondas e ostomias
 - Acompanhamento domiciliar em pós-operatório
 - Reabilitação de pessoas com deficiência permanente ou transitória, que necessitem de atendimento contínuo, até apresentarem condições de frequentarem serviços de reabilitação
 - Uso de aspirador de vias aéreas para higiene brônquica.
 - Acompanhamento de ganho ponderal de recém-nascidos de baixo peso
 - Necessidade de atenção nutricional permanente ou transitória
 - Necessidade de cuidados paliativos
 - Necessidade de medicação endovenosa ou subcutânea
 - Necessidade de fisioterapia semanal

3) Alta complexidade (AD3):

- Destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção à saúde
- Indispensável a presença de um cuidador identificado.

- São realizadas visitas regulares em domicílio, no mínimo, uma vez por semana
- Critérios para inclusão do paciente:
 - Existência de pelo menos uma das situações admitidas como critério de inclusão para a AD2; e
 - Necessidade do uso de, no mínimo, um dos seguintes equipamentos procedimentos:
 - a) oxigenioterapia e Suporte Ventilatório não invasivo (Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (Bipap), concentrador de O2)
 - b) Diálise peritoneal
 - c) Paracentese

Quem é o “cuidador” e qual seu papel na atenção domiciliar?

Cuidador é a pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. A presença do cuidador é indispensável quando a atenção domiciliar oferecida ao paciente for de média ou alta complexidade (AD2 e AD3).

Em quais situações a atenção domiciliar não será prestada pelo SUS?

A atenção domiciliar não será ofertada pelo SUS quando, em qualquer das suas três modalidades, estiverem presentes as seguintes situações:

- Necessidade de monitorização contínua.
- Necessidade de assistência contínua de enfermagem.
- Necessidade de propedêutica complementar, com demanda potencial para a realização de vários procedimentos diagnósticos, em sequência, com urgência.
- Necessidade de tratamento cirúrgico em caráter de urgência.
- Necessidade de uso de ventilação mecânica invasiva contínua.

Nessas situações o SUS deverá oferecer ao paciente os recursos hospitalares e ambulatoriais dos quais necessite.

Legislação

Constituição Federal, de 5/10/1988 (art. 196 e ss).

Lei nº 8.080, de 19/9/1990 – dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Lei nº 8.142, de 28/12/1990 – dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Portaria MS/GM nº 1.820, de 13/8/2009 – dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.

Recomendação CNJ nº 31, de 10/3/2010 – Recomenda aos tribunais a adoção de medidas visando melhor subsidiar os magistrados e demais operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas judiciais envolvendo a assistência à saúde.

Lei nº 5.296, de 2/12/2004 (art. 5º, §1º inciso, I, “a”) - Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

Decreto nº 3.298, de 20/12/1999 (art. 4º, inciso I; art. 19, parágrafo único, IX)- Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.

Portaria SAS/MS nº 400, de 16/11/2009 – estabelece diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Portaria MS/SAS nº 55, de 24/2/1999 – dispõe sobre a rotina do tratamento fora de domicílio no sistema único de saúde - SUS.

Portaria MS/GM nº 2.029, de 24/8/2011 (com as alterações promovidas pela Portaria MS/GM nº 1.533, de 16/7/12) – institui a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012 – dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e

estabelece prazo para seu início.

Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013 – institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portaria nº 875, de 16 de maio de 2013 – estabelece as regras e os critérios para apresentação e aprovação de projetos no âmbito do Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica (Pronon) e do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD).

Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013 – dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

27. ÉTICA MÉDICA NA RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES

O Código de Ética Médica impõe uma série de proibições aos médicos na relação com pacientes e familiares. Estas proibições impostas aos médicos constituem direitos dos pacientes e familiares.

Ao médico é vedado:

- Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte
- Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente
- Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo
- Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando

a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal

- Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos
- Abandonar paciente sob seus cuidados:
 - Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder
 - Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos
- Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento:
 - O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina
- Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais
- Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal
- Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza
- Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal:

- Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal
- Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método

O que devo fazer se o médico que me atender desrespeitar suas obrigações éticas?

Havendo violação ao Código de Ética Médica, o paciente ou familiar poderá denunciar o médico perante o Conselho Regional de Medicina do local onde ocorreram os fatos. A denúncia também poderá ser feita no site do Conselho Federal de Medicina, que a encaminhará para o Conselho Regional competente.

Legislação

Resolução CFM nº 1.931, de 17/9/2009 (Código de Ética Médica).

28. TESTAMENTO VITAL

O que é o testamento vital?

O testamento vital (também conhecido como “diretivas antecipadas de vontade dos pacientes”) é o documento por meio do qual qualquer pessoa lúcida, com idade igual ou superior a 18 anos (ou emancipada), poderá registrar, prévia e expressamente, seus desejos sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no caso de sofrer (ou vir a sofrer) de doença grave em fase terminal e estiver incapacitada de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

O que se entende por fase terminal de uma doença?

É a condição em que a pessoa sofre de uma doença grave e incurável e que não responde mais a tratamentos capazes de modificar o curso da doença. Pode ser o caso de alguns pacientes com câncer em fase avançada.

Qual o objetivo do testamento vital?

O testamento vital prestigia a autonomia do paciente, garantindo-lhe o direito de escolher sobre como deseja ser tratado no limite da morte, de modo a evitar que seja submetido a procedimentos médicos desproporcionais que prolongam o seu sofrimento em estado terminal, sem trazer benefícios.

Importante deixar claro que o testamento vital não permite a abreviação da morte de uma pessoa com doença grave de maneira controlada e assistida por um especialista (eutanásia), prática condenada pelo Conselho Federal de Medicina e que constitui crime. Diferentemente, o que o testamento vital autoriza é a morte natural, digna, sem o prolongamento da vida (muitas vezes sofrido) por interferência da ciência, prática legal conhecida como ortotanásia.

O testamento vital deve obrigatoriamente ser feito por escrito?

Não existe um formato-padrão para o testamento vital, basta um pedaço de papel assinado ou um simples acordo verbal entre o médico e o paciente. Caberá ao médico, neste último caso, anotar a vontade do paciente no seu prontuário.

Apesar de não existir uma regra formal, recomendamos ao paciente que optar pelo testamento vital que o faça por escrito e com assinatura de duas testemunhas. Evita-se, dessa forma, que haja futuras e desnecessárias discussões jurídicas. Outra opção, que garante ainda mais segurança jurídica ao testamento vital, é registrá-lo em cartório.

É possível alterar ou cancelar o testamento vital?

Sim, desde que a pessoa esteja lúcida para fazer isto. Caso o paciente tenha a intenção de alterar ou cancelar o testamento vital, deverá

procurar o seu médico para manifestar tal intenção (na hipótese de ter sido feito de forma verbal), redigir um novo testamento vital (ou inutilizar o anterior), ou, caso tenha sido registrado, proceder à alteração (ou cancelamento) no respectivo cartório.

É possível utilizar o testamento vital para eleger um representante com poderes para decidir em meu nome caso eu esteja incapaz de fazê-lo?

Sim. O paciente poderá eleger um procurador no seu testamento vital, podendo ser qualquer pessoa de confiança, independentemente de ser familiar ou não.

Um parente próximo pode interferir na conduta médica caso não concorde com o que consta do testamento vital do paciente?

Não. Os desejos expressos pelo paciente no seu testamento vital prevalecem sobre qualquer outro parecer não médico, inclusive sobre os desejos dos familiares.

O médico pode discordar do testamento vital?

O médico deixará de levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade do paciente ou representante que, em sua análise, estiverem em desacordo com os preceitos ditados pelo Código de Ética Médica.

Todo paciente com câncer é obrigado a ter um testamento vital?

Não. O paciente poderá optar por ter ou não um testamento vital. Trata-se de um direito, não de uma obrigação.

O que ocorre no caso de o paciente (incapaz de expressar sua vontade) não ter deixado um testamento vital, nem ter parentes ou representantes que decidam em seu nome?

Neste caso, excepcionalmente, o médico recorrerá ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional e Federal de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos,

quando entender esta medida necessária e conveniente.

Legislação

Resolução CFM nº 1.931, publicada no D.O.U. de 24/09/2009 - Aprova o Código de Ética Médica.

Resolução CFM nº 1.995, publicada no D.O.U. de 31/08/2012 Dispõe sobre as diretrizes antecipadas de vontade dos pacientes.

★ 29. PLANOS DE SAÚDE

Entenda as terminologias

ANS

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é a agência reguladora de planos de saúde do Brasil. Vinculada ao Ministério da Saúde, ela atua em todo o país na regulação, normatização, controle e fiscalização de planos de saúde.

Abrangência geográfica

O termo “abrangeência geográfica” é utilizado para delimitar as localidades onde o beneficiário poderá ser atendido. A cobertura geográfica deve ser obrigatoriamente especificada no contrato. Ela pode abranger um município (cobertura municipal), um conjunto específico de municípios, um Estado (cobertura estadual), um conjunto específico de estados, todo país (cobertura nacional) ou mesmo outros países (cobertura internacional).

Operadoras de planos de saúde

As operadoras são empresas que vendem planos de saúde. Antes de contratar um plano, verifique se a operadora e o plano do seu interesse possuem registro na ANS. Veja também a avaliação da qualidade das operadoras e o índice de reclamações contra elas. Para isso, consulte www.ans.gov.br ou ligue para o Disque-ANS: 0800 701 9656.

Rede prestadora

É o conjunto de profissionais e estabelecimentos de saúde (profissionais de saúde, clínicas, laboratórios e hospitais), próprios, credenciados ou referenciados pelos planos de saúde. Verifique se a rede credenciada oferecida atende às suas necessidades, identificando quais hospitais estarão à sua disposição, bem como a localização de cada um. As operadoras são obrigadas a informar ao consumidor e divulgar no seu site da internet toda a rede prestadora de cada plano.

Formas de contratação

- **Plano de saúde individual/familiar:** contratado diretamente pelo beneficiário, com ou sem seu grupo familiar.
- **Plano de saúde coletivo empresarial:** contratado por uma empresa ou instituição para seus funcionários, com ou sem seus respectivos grupos familiares.
- **Plano de saúde coletivo por adesão:** contratado por pessoa jurídica de caráter profissional, classista ou setorial, com ou sem seus respectivos grupos familiares.

Tipos de cobertura assistencial

- **Plano ambulatorial:** inclui os atendimentos em consulta, sem limite de quantidade, e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos para os quais não seja necessária internação hospitalar, além de cobertura para pré-natal.
- **Plano hospitalar sem obstetrícia:** inclui os atendimentos e procedimentos realizados durante a internação hospitalar, inclusive as cirurgias odontológicas buco-maxilares. Esse plano não oferece cobertura ambulatorial, ou seja, não dá direito a consultas, exames, tratamentos e outros procedimentos feitos sem internação hospitalar.
- **Plano hospitalar com obstetrícia:** além do que está incluído no plano sem obstetrícia, o plano com obstetrícia inclui pré-natal, parto e pós-parto. É garantido o atendimento ao recém-nascido, por 30 dias, assim como sua inscrição como dependente sem

o cumprimento de carências pelo bebê, desde que elas tenham sido cumpridas anteriormente pelo titular do plano.

- **Plano odontológico:** inclui os procedimentos odontológicos realizados em consultório. As cirurgias odontológicas que necessitem de estrutura hospitalar só serão integralmente cobertas se o plano hospitalar também tiver sido contratado.

- **Plano referência:** garante assistência ambulatorial, hospitalar e obstetrícia, com acomodação em enfermaria, no território nacional. Este tipo de plano deve ser obrigatoriamente oferecido pelas empresas que vendem planos de saúde.

- **Combinações de planos:** as empresas que vendem planos de saúde podem oferecer combinações diferentes tipos de planos. Caberá ao consumidor escolher o que for mais conveniente às suas necessidades.

Época da contratação do plano

- **Plano antigo:** contrato celebrado antes de 2 de janeiro de 1999 (início da vigência da Lei nº 9.656/98 – Lei dos Planos e Seguros de Saúde). A ANS entende que esses contratos não estão sujeitos a sua fiscalização, nem aos termos da Lei dos Planos de Saúde. Muitas vezes, esses contratos trazem cláusulas com exclusões e limitações no atendimento, a exemplo de procedimentos relacionados a doenças crônicas ou infecciosas, como Aids, câncer, diabetes, doenças do coração, entre outras. Algumas cláusulas restritivas de direitos presentes nos contratos dos planos antigos são manifestamente abusivas nos termos do Código de Defesa do Consumidor e, por isso, o Poder Judiciário as considera nulas.

- **Plano novo:** contrato celebrado a partir do dia 2 de janeiro de 1999. Sujeita-se à fiscalização da ANS, bem como aos dispositivos da Lei dos Planos de Saúde e do Código de Defesa do Consumidor. Nos contratos novos, os planos estão obrigados a cobrir todas as doenças listadas na CID (Classificação Internacional de Doenças), da Organização Mundial de Saúde. Ainda assim, há diversos abusos e limitações de atendimento ao paciente, situação

que pode ser revertida por meio de reclamação à ANS ou questionamentos judiciais.

- **Plano adaptado:** contrato celebrado antes de 2 de janeiro de 1999, mas posteriormente adaptado às regras da Lei dos Planos e Seguros de Saúde, passando a garantir as mesmas coberturas presentes nos contratos novos. Pelas normas da ANS hoje vigentes, o aumento da mensalidade do plano, no caso de adaptação, não poderá ser superior a 20,59%, não precisando o beneficiário cumprir novos prazos de carência.

Prazos de carência

Carência é o período em que o beneficiário do plano de saúde não tem direito a algumas coberturas. Os prazos máximos de carência são: 24 horas para urgências e emergências, 300 dias para parto a termo (em gestações com mais de 37 semanas), 24 meses para doenças preexistentes e 180 dias para consultas, exames, tratamentos, internações e cirurgias. Se a empresa que vender o plano de saúde oferecer redução nos prazos de carência, exija esse compromisso por escrito.

Preços dos planos de saúde

Os preços variam de acordo com a faixa etária, cobertura, rede credenciada, abrangência geográfica e percentual de coparticipação. Na hora de contratar um plano, desconfie de vantagens exageradas ou de preços muito baixos.

Diferenças de preços entre faixas etárias

Os preços dos planos de saúde podem variar de acordo com as faixas etárias dos beneficiários. Por exemplo, o preço de um plano para um indivíduo de 20 anos tende a ser inferior do que o preço cobrado para alguém com 60 anos. Isso porque uma pessoa idosa, em geral, precisa de cuidados médicos com mais frequência. Para que as operadoras não dificultem o acesso das pessoas mais idosas aos planos de saúde, a ANS estabeleceu limitações com relação às variações entre as faixas etárias. O preço da última faixa etária não pode

ser mais de 6 vezes o valor estabelecido para a primeira faixa.

Pagamento das mensalidades

As mensalidades dos planos de saúde devem ser pagas sem atraso. Se os períodos de atraso no pagamento somados ao longo dos últimos 12 meses forem superiores a um total de 60 dias, corridos ou não, a operadora poderá rescindir seu contrato, desde que você seja comunicado até o 50º dia de atraso do pagamento da mensalidade.

Pagamento em coparticipação

Nos planos em que haja coparticipação, além da mensalidade, você arca com parte do valor de alguns procedimentos quando utilizá-los. Portanto, o valor a ser pago por você por cada procedimento deve ser menor que o pagamento integral do procedimento. Consulte seu contrato para saber quais procedimentos (consultas, exames etc.) estão sujeitos à coparticipação.

Doenças ou lesões preexistentes

O que se entende por doenças ou lesões preexistentes?

São as doenças ou lesões que o beneficiário do plano de saúde tinha conhecimento quando da assinatura do contrato. Se você possuía uma doença ou lesão que já existia antes da contratação do plano, porém não tinha conhecimento desse fato, ela não poderá ser considerada como doença ou lesão preexistente.

Posso ser impedido de contratar um plano pelo fato de já possuir alguma doença ou lesão?

Não. A Lei dos Planos e Seguros de Saúde garante a todos o direito de contratar um plano de saúde. Quando você for portador de doença ou lesão preexistente, poderá sofrer restrição ao uso do plano durante o prazo máximo de 24 meses, porém, somente para procedimentos de alta complexidade, eventos cirúrgicos e leitos de alta tecnologia (UTI e similares) relacionados à doença declarada. Ao preencher sua declaração de saúde, sempre informe as doenças ou lesões

de que saiba ser portador.

Em que momento devo avisar a operadora de plano de saúde sobre alguma doença ou lesão preexistente?

Apenas no momento da contratação do plano, ao preencher a Declaração de Saúde. Não permita que nenhuma outra pessoa preencha essa declaração por você, salvo impossibilidade, de modo a evitar que as informações não estejam de acordo com seu verdadeiro estado de saúde.

O que é a declaração de saúde?

Trata-se de um questionário que deve ser preenchido no ato da contratação do plano. Nele, você deve informar as doenças ou lesões de que tenha conhecimento naquele momento.

O que devo fazer se eu tiver dúvidas no preenchimento da declaração de saúde?

Você poderá ser orientado, sem custos, por um médico indicado pela operadora do plano de saúde, ou poderá – o que é mais indicado – escolher um profissional da sua confiança. Nesse último caso, você deverá arcar diretamente com os custos dessa orientação.

O que pode acontecer se eu omitir alguma informação sobre doenças ou lesões preexistentes na declaração de saúde?

A omissão de informações sobre doenças ou lesões preexistentes pode ser considerada fraude e levar à suspensão ou à rescisão do contrato, mas isso apenas pode ocorrer após o julgamento de processo administrativo pela ANS aberto a pedido da operadora. Enquanto o processo administrativo estiver em análise, os atendimentos pelo plano não poderão ser suspensos ou cancelados. Se a fraude for confirmada pela ANS, além da suspensão ou rescisão do plano, você poderá ser obrigado a reembolsar a operadora todos os gastos com a doença ou lesão preexistente.

Posso ser obrigado pela operadora do plano a realizar algum exame antes da contratação?

Sim. O interessado em contratar um plano de saúde poderá ser submetido à perícia ou a exame para constatação ou não de alguma doença ou lesão preexistente. Se realizado esse procedimento, a operadora não poderá alegar qualquer omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente na declaração de saúde.

A operadora do plano de saúde pode restringir o atendimento caso eu declare ser portador de doença ou lesão preexistente?

Nos contratos antigos é muito comum o plano se recusar a cobrir despesas relativas a doenças ou lesões preexistentes, prática que tem sido condenada pelo Poder Judiciário. Nos contratos novos, a Lei dos Planos de Saúde admite que se estabeleça um período de carência não superior a 24 meses para cobertura de procedimentos relacionados à doença ou lesão preexistente. Após esse período, o beneficiário passa a gozar de cobertura integral.

Quais coberturas poderão ser limitadas enquanto eu estiver no período de carência para doença ou lesão preexistente?

Não serão cobertos pelo plano de saúde procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade e leitos de alta tecnologia relacionados apenas às doenças ou lesões preexistentes que tenham sido declaradas no momento da contratação do plano. Portanto, quando não tiverem sua causa relacionada à doença ou lesão preexistente, os procedimentos deverão ser cobertos pelo plano de saúde, respeitados os demais tipos de carência.

Existe alguma forma de contratar um plano de saúde sem a necessidade de cumprir o período de carência para doença ou lesão preexistente?

Sim. A empresa que vende o plano de saúde pode sugerir um agravamento na mensalidade. Agravamento significa um acréscimo temporário no valor da mensalidade, oferecido ao consumidor que declare ser portador de

doenças ou lesões preexistentes para que ele tenha direito integral à cobertura, mesmo para os atendimentos relacionados a essas doenças ou lesões. Os valores do agravo serão estabelecidos por livre negociação entre a operadora e o consumidor, e esse tema deverá constar em termo aditivo contratual específico.

Se meu plano for coletivo, eu também preciso cumprir o período de carência para doenças ou lesões preexistentes?

Nem sempre. Nos contratos coletivos empresariais com 30 ou mais participantes, não poderá haver agravo ou cobertura parcial temporária.

Urgência e emergência

Qual a diferença entre urgência e emergência?

Situações de urgência são casos resultantes de acidentes pessoais ou de complicações no processo gestacional e que necessitam de cuidados imediatos.

Já casos de emergência são aqueles que implicam risco imediato de morte ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Os atendimentos de urgência/emergência precisam de autorização prévia?

Não. A operadora do plano de saúde não pode utilizar nenhum mecanismo que impeça ou dificulte atendimento do beneficiário nessas situações. Vale lembrar que a rede prestadora não poderá exigir do paciente nenhum tipo de garantia de pagamento como cheque-caução ou equivalente.

Após contratar um plano de saúde, quando posso ter cobertura para urgência/emergência?

A partir de 24 horas da vigência de seu contrato. De acordo com regras da ANS, a cobertura para os atendimentos de urgência/emergência prestados a pacientes com carência para internação hospitalar ainda

não cumprida ficará limitada às primeiras 12 horas, tempo necessário para, em tese, estabilizar o quadro do paciente. Essa prática, contudo, tem sido condenada pelo Poder Judiciário, o qual já decidiu, em inúmeros casos, que a cobertura para atendimento de urgência/emergência não pode ficar restrito às primeiras 12 horas, mas sim até o momento da alta hospitalar do paciente.

Quando é garantido o reembolso de minhas despesas em caso de urgência/emergência?

O reembolso será garantido quando não for possível a utilização da rede do plano de saúde. Ele deve ser feito no prazo máximo de 30 dias após a entrega para a operadora da respectiva documentação, e o valor deverá ser, no mínimo, aquele que a operadora pagaria à rede credenciada, se ela tivesse sido utilizada por você.

Quimioterapia oral e controle de efeitos adversos

É obrigatória a cobertura de quimioterapia oral, realizada fora de o ambiente hospitalar?

Sim. Desde janeiro de 2014, os planos de saúde contratados a partir de 2 de janeiro de 1999 e adaptados são obrigados a cobrir o tratamento antineoplásico à base de medicamentos orais de administração domiciliar. A ANS estabeleceu uma lista de medicamentos de uso oral em domicílio cuja cobertura é obrigatória, dependendo do tipo e estágio da doença.

Quais são os medicamentos quimioterápicos orais constantes da lista da ANS?

No rol de cobertura obrigatória com vigência de janeiro de 2014 a janeiro de 2016 constam os seguintes medicamentos antineoplásicos de uso oral:

Abiraterona, Anastrozol, Bicalutamida, Bussulfano, Capecitabina, Ciclofosfamida, Clorambucida, Dasatinibe, Dietiletilbestrol, Erlotinibe, Etoposídeo, Everolimo, Exemestano, Fludarabina, Flutamida, Hidroxiuréia, Imatinibe, Letrozol, Megestrol, Melfalano, Mercaptopurina, Metotrexato,

Mitotano, Nilotinibe, Pazopanibe, Sorefenibe, Sunitinibe, Tamoxifeno, Tegafur, Temolozamida, Tioguanina, Topotecana, Tretinoína (TRA), Vemurafenibe e Vinorelbina.

Mais detalhes sobre essa lista e suas indicações podem ser conferidos no Portal da ANS (www.ans.gov.br) ou do Instituto Oncoguia (www.oncoguia.org.br).

É obrigatória a cobertura de medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes?

Os planos também devem cobrir, a partir de maio de 2014, medicamentos para controle dos efeitos adversos e adjuvantes a seguir relacionados, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas estabelecidos pela ANS:

- Terapia para anemia com estimuladores da eritropoiese
- Terapia para profilaxia e tratamento de infecções
- Terapia para diarreia
- Terapia para dor neuropática
- Terapia para profilaxia e tratamento da neutropenia com fatores de crescimento de colônias de granulócitos
- Terapia para profilaxia e tratamento da náusea e vômito
- Terapia para profilaxia e tratamento do rash cutâneo
- Terapia para profilaxia e tratamento do tromboembolismo

Informações mais detalhadas podem ser conferida no Portal da ANS (www.ans.gov.br) ou do Instituto Oncoguia (www.oncoguia.org.br).

O que o paciente precisa fazer para ter acesso aos medicamentos de uso oral em domicílio?

A logística para distribuição dos medicamentos antineoplásicos de uso oral em domicílio, bem como para controle de efeitos adversos e adjuvantes fica a cargo de cada operadora de plano de saúde. Desta forma, poderá ser de modo centralizado pela operadora e distribuído diretamente ao paciente; ou o medicamento pode ser comprado em farmácia conveniada; ou, ainda, comprado pelo paciente com posterior

ressarcimento (reembolso do consumidor).

Ao receber a prescrição médica o paciente deverá entrar em contato com a operadora do seu plano de saúde e obter informações sobre a forma como deverá proceder para ter acesso aos medicamentos prescritos. Recomendamos também que o paciente converse com seu médico. Ele muito provavelmente terá informações mais detalhadas acerca da logística desenvolvida por cada operadora.

Em casos de demora para a apreciação do pedido ou negativa injustificada do fornecimento da medicação, o paciente deverá contatar a ANS, através do telefone 0800 701 9656.

A cobertura da quimioterapia oral e dos medicamentos para controle de efeitos adversos e adjuvantes vale também para os planos antigos?

Para os planos antigos (contratados antes de 1999 e não adaptados), a ANS alega não ter competência para obrigar os planos a observarem o rol de procedimentos. Contudo, a Justiça tem entendido que, mesmo os contratos antigos devem cobrir todos os tratamentos oncológicos, inclusive os medicamentos orais de uso domiciliar.

Qual a periodicidade de revisão da lista de medicamentos de uso oral cuja cobertura é obrigatória?

A lista de medicamentos orais contra o câncer de cobertura obrigatória é atualizada a cada dois anos. O problema disso é que novas e importantes drogas podem surgir durante esse período e ficar de fora dessa lista. O Instituto Oncoguia vem trabalhando para aprimorar esse modelo. Existem decisões judiciais, obrigando os planos de saúde a cobrirem medicamentos mesmo prescrito pelo médico assistente do paciente, mesmo estando fora desta lista. Independentemente disso, o Instituto Oncoguia entende que a Lei nº 12.880/13 não restringe a cobertura a uma simples (e potencialmente desatualizada) lista de medicamentos, de modo que, a partir de maio de 2014, os planos deverão cobrir todo e qualquer medicamento oral de uso domiciliar para controle do câncer. Pacientes

que, nesses casos, se depararem com a negativa do plano poderão avaliar a conveniência de recorrer à Justiça.

Cobertura assistencial

Os planos de saúde podem se recusar a cobrir despesas com tratamento oncológico ambulatorial e hospitalar, tais como quimioterapia, radioterapia e procedimento cirúrgico?

De acordo com normas da ANS, o plano só é obrigado a oferecer o que estiver no contrato, de acordo com o tipo de plano e a cobertura para os procedimentos previstos na lista da cobertura mínima obrigatória estipulada pela ANS. Essa lista é também chamada de Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e pode ser acessada no site da internet da ANS (www.ans.gov.br) . Apesar do que estabelece a ANS, o Poder Judiciário tem entendido que o plano deve cobrir todas as despesas relacionadas a atendimentos indispensáveis para preservação da vida do beneficiário, de acordo com a indicação do médico, que o assiste. O próprio Superior Tribunal de Justiça já decidiu que é o médico e não a operadora do plano de saúde quem tem a competência para indicar o tratamento a seu paciente. Além disso, 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 cobertura do tipo de plano contratado (ambulatorial/hospitalar).

É obrigatória a cobertura da cirurgia plástica reconstrutiva da mama decorrente do tratamento de câncer?

Sim. A lei exige a cobertura da cirurgia de reconstrução mamária para os contratos celebrados a partir de 2 de janeiro de 1999. Há decisões dos tribunais garantindo tal cobertura mesmo em planos antigos.

Exames mais modernos como a mamografia digital e PET/CT devem ser cobertos pelo plano de saúde?

A ANS determina a cobertura obrigatória da mamografia digital para mulheres na faixa etária entre 40 e 69 anos de idade. A cobertura do

PET/CT é obrigatória, segundo normas da ANS, 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, de acordo com diretrizes da ANS, mas inúmeras decisões judiciais têm determinado que o plano proceda à cobertura do PET/CT mesmo em situações não previstas pela ANS, desde que devidamente justificada pelo médico assistente. A ANS estabelece, ainda, que em caso de indisponibilidade de rede prestadora de serviços para realização do PET/CT na localidade da residência do beneficiário, a operadora de plano de saúde deve disponibilizar o exame na localidade mais próxima, sem a obrigatoriedade e cobertura de remoção e transporte.

Os planos de saúde devem cobrir transplantes de medula óssea para tratamento de câncer?

Sim. É obrigatória a cobertura de transplante de medula óssea, tanto o autólogo (em que se utiliza a medula do próprio paciente) como o alogênico (em que se utiliza a medula proveniente de outra pessoa). O transplante de medula óssea é muitas vezes indicado para tratamento de leucemia e linfoma.

Pacientes com câncer de próstata que realizaram prostatectomia têm alguma cobertura especial?

Pacientes com incontinência urinária grave após prostatectomia para tratamento de câncer de próstata têm direito à cobertura de tratamento cirúrgico para implantação de esfíncter artificial.

Os planos de saúde podem limitar o tempo de internação do paciente?

Não. É vedado o estabelecimento de prazo máximo de internação hospitalar, seja em enfermaria, apartamento ou leitos de alta tecnologia (CTI, UTI ou similares). Cabe ao médico determinar o tempo necessário de internação.

Existe algum limite para o número de consultas ou exames que podem ser feitos?

Não pode haver limitação de cobertura para consultas médicas e fisioterápicas, exames e número de dias em internações.

Existe algum limite para o número de sessões de psicoterapia, terapia ocupacional, consultas com nutricionistas e fonoaudiólogos?

A ANS estabelece os seguintes limites, que ainda dependerão do tipo e grau da doença da qual o beneficiário é portador:

| SERVIÇO | NÚMERO DE SESSÕES/ANO |
|---------------------|--------------------------|
| Fonoaudiologia | Até 48 consultas/sessões |
| Nutrição | Até 18 consultas/sessões |
| Psicologia | Até 40 consultas/sessões |
| Terapia ocupacional | Até 40 consultas/sessões |

Se o paciente precisar de um número maior de atendimentos, deve solicitar um relatório detalhado ao profissional de saúde enfatizando a necessidade das sessões adicionais. Se, mesmo apresentando o relatório médico, o plano negar a cobertura, o beneficiário poderá questionar judicialmente. O Poder Judiciário tem decidido em vários casos pela impossibilidade de restringir o número dessas sessões quando devidamente justificado.

Se meu plano cobrir somente acomodação em enfermaria e não houver leito disponível no momento da internação, preciso pagar por quarto particular?

Não. Nesse caso, o acesso será garantido em uma acomodação de nível superior, sem custo adicional ao beneficiário do plano.

É permitida a cobrança de cheque-caução por parte da rede prestadora?

É proibida, em qualquer situação, a exigência de cheque-caução, depósito de qualquer natureza, nota promissória ou quaisquer outras formas de garantia de pagamento por parte da rede prestadora no ato ou anteriormente à prestação do serviço.

O meu plano é obrigado a cobrir despesas com internação domiciliar?

De acordo com normas da ANS, o plano pode substituir a internação hospitalar pela internação domiciliar. Se optar pela substituição da internação para o ambiente domiciliar, o plano deverá cobrir todos os procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos quais o paciente teria direito se estivesse internado no hospital. Nos casos em que a assistência domiciliar não ocorrer em caráter de substituição à internação hospitalar, a cobertura deverá obedecer à previsão contratual ou à negociação entre as partes. Apesar da posição da ANS, há inúmeras decisões judiciais determinando a cobertura do atendimento domiciliar, mesmo nos contratos antigos, desde que haja indicação médica.

Contratei um plano de saúde, mas quando preciso, só há vaga em médicos e laboratórios muito distantes da minha casa. Isso é permitido?

O plano de saúde deve garantir as coberturas de assistência à saúde considerando a abrangência geográfica do plano contratado. A rede assistencial (hospitais, clínicas, profissionais e laboratórios) de cada plano de saúde é monitorada pela ANS. Se as coberturas não forem garantidas nos locais contratados, o beneficiário deverá apresentar reclamação à ANS.

É obrigatória a cobertura de despesas com acompanhante?

As operadoras de planos de saúde são obrigadas a cobrir despesas de acompanhantes quando o paciente for menor de 18 anos, maior de 60 anos ou for pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida (independentemente da idade).

Prazos máximos para atendimento

Em quanto tempo devo ser atendido se eu precisar realizar consultas, exames e internações?

A ANS estabelece prazos máximos para o atendimento do beneficiário de plano de saúde nos serviços e procedimentos por ele contratados. Este prazo refere-se ao atendimento por qualquer profissional da especialidade desejada e não por um profissional específico, da preferência do beneficiário.

Os prazos máximos estabelecidos pela ANS são:

| | |
|---|----|
| Consulta básica: pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia | 7 |
| Consulta nas demais especialidades (ex.: oncologista) | 14 |
| Consulta/sessão com fonoaudiólogo | 10 |
| Consulta/sessão com nutricionista | 10 |
| Consulta/sessão com psicólogo | 10 |
| Consulta/sessão com terapeuta ocupacional | 10 |
| Consulta/sessão 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 (PAC) | 21 |

| | |
|---|---|
| Atendimento em regimento hospital-dia | 10 |
| Atendimento em regime de internação eletiva | 21 |
| Urgência e emergência | Imediato |
| Consulta de retorno | A critério do profissional responsável pelo atendimento |

Meu médico é credenciado ao plano, mas só tem disponibilidade para consulta daqui a três meses. A operadora poderá obrigá-lo a me atender dentro dos prazos máximos estabelecidos pela ANS?

A operadora é obrigada apenas a disponibilizar um profissional (laboratório/hospital), e não o profissional de sua escolha. Se o profissional de saúde ou estabelecimento escolhido por você não puder atendê-lo dentro do prazo estipulado pela ANS e for seu desejo ser atendido apenas e exclusivamente por este profissional ou estabelecimento, você deve aguardar a disponibilidade dele. Caso você abra mão de ser atendido no prestador de saúde de sua escolha, a operadora deverá indicar outro prestador para realizar o atendimento dentro dos referidos prazos máximos.

Preços e reajustes

Em quais momentos o meu plano de saúde pode sofrer aumento de preço?

Em duas situações:

(1) Reajuste por mudança de faixa etária: quando você completar uma idade que ultrapasse o limite da faixa etária na qual se encontrava antes. As regras são as mesmas para planos individuais/familiares e coletivos.

(2) Reajuste anual de variação de custos: ocorre anualmente, na data de aniversário do contrato. Trata-se de um aumento da mensalidade em função da alteração dos custos causada pelo aumento do preço, utilização dos serviços médicos e pelo uso de

novas tecnologias. As regras para esse reajuste variam de acordo com a forma de contratação do plano (individual/familiar ou coletivo).

Como e quando ocorre o reajuste por mudança de faixa etária?

Existem 10 faixas etárias, as quais admitem o reajuste do preço do plano:

| |
|-----------------|
| 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 |
| 59 anos ou mais |

O valor da mensalidade na 10ª faixa etária pode ser, no máximo, seis vezes superior ao valor da 1ª faixa. A variação acumulada entre a 7ª e a 10ª faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a 1ª e a 7ª faixas.

O Estatuto do Idoso proibiu aumento por mudança de faixa etária para pessoas a partir de 60 anos.

Como é feito o reajuste anual de variação de custos nos planos coletivos?

O reajuste anual será aplicado conforme as normas contratuais livremente combinadas entre a operadora de planos de saúde e a pessoa jurídica contratante (empresa, sindicato ou associação) e deverá ser comunicado à ANS em no máximo até 30 dias após o

aumento do preço. Não é permitida a aplicação de reajustes diferenciados dentro de um mesmo contrato.

Como é feito o reajuste anual de variação de custos nos planos individuais/familiares?

O percentual de reajuste aplicado nos contratos individuais/familiares não poderá ser maior que o divulgado pela ANS e somente poderá ser aplicado uma vez ao ano, na data de aniversário do contrato.

Como acontecem os reajustes nos planos antigos?

Para a ANS, os reajustes nos planos antigos deverão seguir as regras estabelecidas no contrato. Já o Poder Judiciário, em diversas oportunidades, tem entendido que mesmo os contratos antigos, por se renovarem anualmente, devem seguir as mesmas regras de reajuste aplicadas aos contratos novos.

Descredenciamento

O médico de minha confiança e o laboratório onde sempre fiz meus exames foram descredenciados pelo meu plano. Isso é permitido pela lei?

Sim. A operadora pode substituir ou até excluir de sua rede credenciada ou conveniada um profissional de saúde ou um estabelecimento que não seja um hospital, desde que mantenha a garantia de atendimento aos seus beneficiários. Além disso, toda e qualquer mudança da rede credenciada deverá ser informada ao consumidor.

O hospital onde eu pretendia fazer uma cirurgia foi descredenciado e substituído por outro hospital. Isso é permitido pela lei?

Depende. A operadora somente pode descredenciar uma unidade hospitalar de sua rede prestadora se substituí-la por outra equivalente, ou seja, do mesmo padrão de qualidade. Além disso, referida substituição deverá ser comunicada aos beneficiários e à ANS com 30 dias de antecedência.

O hospital onde eu pretendia fazer uma cirurgia foi descredenciado e não atende mais meu plano de saúde. Isso é permitido pela lei?

Depende. A operadora somente poderá excluir uma unidade hospitalar da sua rede credenciada se comprovar a manutenção da cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem ônus adicional para o consumidor. A operadora deve ainda solicitar e obter autorização da ANS.

O que acontece comigo se eu estiver internada em um hospital e este vier a ser descredenciado?

Se o beneficiário do plano estiver internado no hospital na ocasião do seu descredenciamento, a operadora deverá arcar com todos os custos de internação até a alta hospitalar, a critério do médico que assiste o beneficiário.

Rescisão do contrato

Posso ser excluído do plano por causa da idade ou por gerar muitos custos para a operadora?

Nenhuma pessoa pode ser excluída do plano em razão da idade ou da sua condição de saúde. A exclusão só pode ocorrer em caso de fraude comprovada no preenchimento da declaração de saúde ou na hipótese de não pagamento das mensalidades por mais de 60 dias (consecutivos ou não) nos últimos 12 meses desde que seja comunicada até o 50º dia de inadimplemento.

A operadora pode romper ou rescindir o plano coletivo contratado pela minha empresa?

As regras para rescisão, neste caso, devem constar do contrato celebrado entre a empresa e a operadora do plano. É importante que o paciente fique atento às regras estabelecidas nesse contrato. De todo modo, na hipótese de cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados, a operadora que comercializa planos individuais deverá ofertá-los a esse universo de beneficiários. Além disso,

a qualquer tempo, há o exercício da portabilidade para plano individual ou coletivo por adesão equivalente, sem necessidade de cumprir novos períodos de carência.

Aposentados e demitidos

Posso permanecer no plano coletivo depois de ser demitido sem justa causa ou me aposentar?

Sim, mas desde que você tenha contribuído para o pagamento do plano enquanto esteve empregado, não tenha sido admitido em novo emprego, assuma integralmente o pagamento da mensalidade após o desligamento da empresa e, no caso de demissão, esta não tenha sido por justa causa.

Por quanto tempo o ex-empregado poderá ficar no plano?

Os aposentados que contribuíram por mais de dez anos podem manter o plano pelo tempo que desejarem. Quando o período for inferior, cada ano de contribuição dá direito a um ano no plano coletivo depois da aposentadoria.

Os demitidos sem justa causa poderão permanecer no plano de saúde por um período equivalente a um terço do tempo em que contribuíram com o plano, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de dois anos ou até conseguirem um novo emprego que tenha o benefício de plano de saúde.

Esgotado o prazo ou cancelado o plano coletivo, o beneficiário poderá mudar de plano sem necessidade de cumprir novos prazos de carência?

Sim. No encerramento do prazo ou a qualquer tempo, há o exercício da portabilidade para plano individual ou coletivo por adesão equivalente, sem necessidade de cumprir novos períodos de carência.

A manutenção do plano se estende também aos dependentes?

Sim. A pessoa demitida ou aposentada tem o direito de manter a

condição de beneficiária individualmente ou com seu grupo familiar. Também é possível a inclusão de novo dependente.

Em caso de morte do titular, os dependentes podem permanecer no plano?

Sim. Observadas as mesmas condições exigidas como se vivo estivesse o titular do plano.

Portabilidade, migração e adaptação

Há situações em que é possível trocar de plano de saúde sem necessidade de cumprir novos períodos de carência. Abaixo relacionamos quando e como isso pode acontecer.

O que é portabilidade de carências?

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou de operadoras diferentes, sem cumprir novos períodos de carência já cumpridos no plano de origem. Para usar a portabilidade pela primeira vez, o beneficiário deverá estar em seu plano de saúde há pelo menos 2 anos (ou 3 anos, no caso do cumprimento de cobertura para doença preexistente). A partir da segunda vez, basta estar por, no mínimo, um ano no plano.

Há prazo para exercer o direito à portabilidade de carências?

A portabilidade deverá ser feita em até 4 meses a partir do mês de aniversário do contrato. Caso não seja exercido o direito de portabilidade nesse prazo, o beneficiário poderá fazê-lo somente no ano seguinte, também em até 4 meses a partir do mês de aniversário do contrato.

O que é portabilidade especial de carências?

A portabilidade especial pode ser feita em 3 casos:

- 1) por beneficiário de operadora que tenha seu registro cancelado pela ANS ou que esteja em processo de liquidação extrajudicial, caso a transferência obrigatória dos beneficiários dessa operadora não tenha ocorrido.

2) por beneficiário de plano em que tenha ocorrido a morte do titular do contrato.

3) por beneficiário ex-empregado demitido ou exonerado (sem justa causa) ou aposentado (e dependentes vinculados ao plano) durante o período de manutenção das condições de beneficiário.

O que é migração de contrato de plano de saúde?

É a assinatura de um novo contrato de plano de saúde ou o ingresso em um contrato de plano de saúde por adesão, na mesma operadora, em planos de saúde com registro na ANS na situação “ativo”.

O que é adaptação de contrato de plano de saúde?

Na adaptação, é feito um aditamento no contrato de plano de saúde celebrado até 1/1/1999, na mesma segmentação assistencial e na mesma operadora de planos de saúde, para ampliar o conteúdo desse contrato de forma a incluir todos os direitos e garantias previstos na Lei nº 9.656/98. Pelas regras atuais da ANS, o valor da mensalidade do plano pode ser aumentado em, no máximo, 20,59%, em razão da adaptação. Além disso, a operadora não poderá exigir o cumprimento de períodos de carência já cumpridos pelo beneficiário no seu plano de origem.

A portabilidade pode ser feita entre quais tipos de planos de saúde?

Pode ser feita a portabilidade de um plano individual para outro, de um plano coletivo por adesão para outro e de um plano individual para um plano coletivo por adesão e vice-versa. Também é possível mudar de um plano de abrangência municipal, para um de atendimento em vários Municípios, em um ou vários Estados, ou nacional.

Essa troca, contudo, só pode ser feita para planos compatíveis, o que pode ser verificado no site da ANS, “por meio” de um aplicativo que automaticamente identifica os planos compatíveis ao de origem.

Ao trocar de plano sem a necessidade de cumprir novas carências (seja por portabilidade, comum ou especial, ou migração), é possível ter que pagar preços superiores aos normalmente comercializados ou alguma taxa extra?

Não. Não é permitida a cobrança de quaisquer acréscimos diversos das condições normais de comercialização do plano de saúde.

O que fazer quando um direito for desrespeitado

O que deve ser feito quando a operadora do plano de saúde se recusa a cobrir um procedimento indicado pelo médico ou outro direito for desrespeitado?

Se houver tempo hábil, recomendamos seja feita uma denúncia à ANS. A ANS exige das operadoras resposta às queixas dos pacientes no prazo máximo de 5 dias (cobertura assistencial) ou 10 dias (outros assuntos). Caso não haja resposta, a ANS abrirá processo administrativo para verificar a ocorrência de infração por parte da operadora, o mesmo podendo ocorrer em caso de resposta negando a cobertura. Não sendo solucionado o problema, o paciente que se sentir injustiçado ainda tem a possibilidade de reivindicar na Justiça a cobertura do procedimento. As denúncias à ANS podem ser feitas pelo telefone 0800-7019656 (ligações gratuitas), pela internet ou por carta, para o endereço: rua Augusto Severo, 84, Glória Rio de Janeiro, (RJ), CEP 20021-040.

É possível ajuizar ação judicial contra as operadoras de planos de saúde por meio do Sistema dos Juizados Especiais?

Os Juizados Especiais Cíveis são competentes para julgar ações contra operadoras de planos de saúde quando o valor da causa não supera 40 salários mínimos. O acesso aos Juizados é gratuito, e, quando o valor da causa for igual ou inferior a 20 salários mínimos, não é necessária a contratação de advogado. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 e confira a relação dos Juizados Especiais Cíveis instalados no Brasil. Também é possível ajuizar essa ação por intermédio da Defensoria Pública Estadual ou por advogado particular.

Há entendimentos no sentido de que, nas ações contra planos de saúde, o valor da causa corresponde ao equivalente a 12 vezes o valor das mensalidades. Assim, em muitos casos, ainda que o valor do procedimento médico supere o limite de 20 salários mínimos, o paciente pode beneficiar-se desse entendimento para ajuizar ações nos Juizados Especiais Cíveis sem a necessidade de contratar advogado. Nesse caso, recomendamos apresentar os 12 últimos comprovantes de pagamento das mensalidades do plano de saúde.

Observação:

A ANS reavalia, periodicamente, o rol de procedimentos de cobertura obrigatória. Nessa fase, a sociedade civil tem a oportunidade de opinar a respeito por meio de consultas públicas.

Legislação

Lei nº 9.656, de 03/06/1998 – dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

Resolução Normativa ANS nº 44, de 24/7/2003 - Dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos Prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde.

Resolução Normativa ANS nº 186, de 14/1/2009 – dispõe sobre a regulamentação da portabilidade das carências e sem a imposição de cobertura parcial temporária.

Resolução Normativa ANS nº 254, de 5/5/2011 – dispõe sobre a adaptação e migração para os contratos celebrados até 1º de janeiro de 1999.

Resolução Normativa ANS nº 338, de 21/10/2013 – atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de janeiro de 1999, fixa as diretrizes de atenção à saúde.

Resolução Normativa ANS nº 279, de 24/11/2011 – dispõe sobre a regulamentação dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e

revoga as Resoluções do Consu n.º 20 e 21, de 7 de abril de 1999.

Resolução Normativa ANS, nº382, de 29/06/2015 - que altera a Resolução Normativa - RN nº 44, de 24 de julho de 2003, que dispõe sobre a proibição da exigência de caução por parte dos prestadores de serviços contratados, credenciados, cooperados ou referenciados das operadoras de planos de assistência à saúde, e dá outras providências.

30. ASSISTÊNCIA MÉDICA NO EXTERIOR

Quem tem direito à assistência médica no exterior?

Em razão de acordos internacionais, brasileiros que contribuem para a Previdência Social, além de seus dependentes, têm direito à assistência médica (ambulatorial e hospitalar), farmacêutica e odontológica na rede pública dos seguintes países: **Portugal, Itália e Cabo Verde**. Os acordos internacionais inserem-se no contexto da política externa brasileira, conduzida pelo Ministério das Relações Exteriores e resultam de esforços do Ministério da Previdência Social e de entendimentos diplomáticos entre governos.

Como usufruir desse direito?

Para usufruir desse direito, o interessado deverá obter o CDAM (Certificado de Direito à Assistência Médica), que é emitido pelo Ministério da Saúde. Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para ver a relação de endereços e telefones dos locais de atendimento para emissão do CDAM em cada Estado.

Quais os documentos necessários para obtenção do CDAM?

Os interessados devem apresentar cópia dos seguintes documentos: passaporte, CPF, comprovante de residência, carteira de trabalho (se for o caso) e outros documentos a depender da categoria em que for filiado à Previdência Social. Para obter o certificado dos dependentes, é ainda necessário apresentar certidão de casamento e de nascimento dos filhos (menores de 21 anos).

O CDAM pode ser obtido por procuração?

Sim. Basta apresentar procuração simples acompanhada dos demais documentos exigidos.

Há algum custo para expedição do CDAM?

Não. A emissão do certificado é gratuita.

O que fazer caso haja necessidade de assistência médica no exterior?

O interessado deverá procurar um hospital da rede pública no país visitado e apresentar o CDAM.

Legislação

Decreto nº 1.457, de 17/4/1995 - Acordo de Seguridade Social entre Brasil e Portugal.

Decreto nº 57.759, de 8/2/1966 - Acordo de Migração entre Brasil e Itália (Protocolo Adicional ao Acordo de Migração assinado entre Brasil e Itália).

Acordo de 07/02/1979 - Brasil e Cabo Verde

★ 31. ACESSO À JUSTIÇA

A lei garante diversos direitos aos pacientes com câncer, como acesso à medicamentos e outros procedimentos terapêuticos e de diagnósticos, isenção de impostos, benefícios previdenciários e relacionados a transportes. Não raras vezes, porém, a lei é desrespeitada e o paciente se vê privado de seus direitos.

O que fazer quando a lei não for respeitada?

Quando a lei não for respeitada, o paciente deve primeiramente formalizar uma reclamação para os órgãos de defesa, controle e fiscalização competentes, buscando a resolução do problema. Caso isso não seja suficiente para resolver a questão, pode ser necessário recorrer à via judicial.

O que fazer se o paciente não dispuser de recursos financeiros para contratar um advogado?

Nesse caso, o acesso à justiça pode ser viabilizado por meio do Sistema dos Juizados Especiais (que também pode ser acionado independentemente da situação financeira do paciente) ou por intermédio das Defensorias Públicas, presentes em todos os estados e em âmbito nacional, e que prestam serviço de assistência judiciária gratuita à população carente, diretamente ou por convênios celebrados, na maioria das vezes, com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB).

Sistema dos Juizados Especiais

A Justiça está cada vez mais acessível ao cidadão. Isso se deve em muito ao Sistema dos Juizados Especiais, que possibilita o ajuizamento de ações gratuitamente sem a necessidade de pagar por um advogado ou pelas custas processuais.

Conheça os Juizados Especiais que podem ajudar o paciente a ter pleno acesso aos seus direitos:

Juizados Especiais Federais

Criados pela Lei nº 10.259, de 12/7/2001, garantem o acesso gratuito à Justiça em causas contra o Poder Público Federal, cujo valor não supere 60 salários mínimos vigentes, valendo destacar as ações de natureza previdenciária, como concessão de auxílio - doença e aposentadoria por invalidez, além de possibilitar a discussão do levantamento do saldo nas contas de FGTS e PIS, da isenção do IR sobre proventos de aposentadoria, pensão ou reforma e do próprio acesso às ações e aos serviços de saúde prestados pelo SUS.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber o endereço do Juizado Especial Federal mais próximo de sua residência.

Juizados Especiais Cíveis

Criados pela Lei nº 9.099, de 26/9/1995, garantem o acesso gratuito à Justiça em causas cíveis, cujo valor não supere 40 salários mínimos (até 20 salários mínimos não é necessário contratar advogado), valendo

destacar as ações que envolvem planos de saúde, previdência privada, seguro de vida e levantamento do saldo do Pasep.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber o endereço do Juizado Especial Cível mais próximo de sua residência.

Juizados Especiais da Fazenda Pública

Em 23 de dezembro de 2009, foi publicada no Diário Oficial da União a Lei nº 12.153/09, que dispõe sobre a criação dos Juizados Especiais da Fazenda Pública. Esses Juizados têm competência para processar e julgar ações contra os Poderes Públicos Estadual, Municipal e do Distrito Federal em causas que não ultrapassem o valor de 60 salários mínimos. Trata-se, em verdade, de um Juizado de Pequenas Causas contra esses órgãos.

Os Juizados Especiais da Fazenda Pública podem julgar causas ligadas ao acesso da população às ações aos serviços de saúde, podendo obrigar o Poder Público (SUS) no fornecimento de medicamentos, órteses e próteses, na oferta de vagas de UTIs e de leitos hospitalares, a realizar cirurgias e exames, entre outros.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber o endereço do Juizado Especial da Fazenda Pública mais próximo de sua residência.

Defensoria Pública

A Defensoria Pública tem como atribuição prestar assistência jurídica gratuita às pessoas que não possuam recursos financeiros para pagar os honorários de um advogado e as custas processuais, bem como promover ação civil pública e todas as espécies de ações capazes de propiciar a adequada tutela dos direitos difusos, coletivos ou individuais homogêneos quando o resultado da demanda puder beneficiar grupo de pessoas carentes de recursos.

Defensoria Pública da União

A Defensoria Pública da União tem como atribuição prestar assistência jurídica gratuita às pessoas que não possuam recursos financeiros para

pagar os honorários de um advogado e as custas processuais em causas contra a União Federal e órgãos da Administração Pública Federal. São exemplos de demandas relacionadas aos direitos dos pacientes passíveis de serem ajuizadas por intermédio da Defensoria Pública da União: concessão de auxílio - doença e aposentadoria por invalidez, além de possibilitar a discussão do levantamento do saldo nas contas de FGTS e PIS e da isenção do IR sobre proventos de aposentadoria, pensão ou reforma.

Vale lembrar que ações cujo valor não superar 60 salários mínimos podem ser ajuizadas diretamente pelo interessado nos Juizados Especiais Federais, sem necessidade se fazer representar por um advogado ou pela Defensoria Pública.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber o endereço da Defensoria Pública da União mais próximo de sua residência.

Defensoria Pública Estadual

As Defensorias Públicas Estaduais têm como atribuição prestar assistência jurídica gratuita às pessoas que não possuam recursos financeiros para contratar advogado em causas cíveis, como as que envolvem os planos de saúde e o SUS nos âmbitos Estadual e Municipal. Em alguns Municípios, a prestação de serviços de assistência judiciária gratuita é prestada por advogados credenciados por meio de convênio firmado entre Defensoria Pública Estadual e a OAB.

Vale lembrar que ações cujo valor não supera 20 salários mínimos podem ser ajuizadas diretamente pelo interessado nos Juizados Especiais Cíveis ou nos Juizados Especiais da Fazenda Pública, sem necessidade se fazer representar por um advogado.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber

o endereço da Defensoria Pública Estadual mais próximo de sua residência.

Ordem dos Advogados do Brasil - OAB

As bases regionais da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) nos Estados e nos municípios podem firmar convênios com as Defensorias Públicas para cadastrar advogados que poderão prestar assistência judiciária gratuita à população carente.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber o endereço da OAB mais próximo de sua residência.

32. ONDE RECLAMAR E COMO PARTICIPAR DAS DECISÕES SOBRE SAÚDE

Conferência e Conselhos de Saúde

A Constituição Federal de 1988, ao criar o Sistema Único de Saúde, estabeleceu que a comunidade tem o dever e a responsabilidade de participar da sua gestão e controle. Mas como, na prática, ocorre a participação da comunidade na proposição e no controle de políticas públicas de saúde? Coube à Lei nº 8.142, de 28/12/1990, dispor sobre isso, determinando que **cada esfera de governo:**

- (a) Realize, a cada quatro anos, conferências de saúde, fórum de debate com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes;
- (b) Conte com um conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. A representação dos usuários nos conselhos de saúde e conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Tanto as reuniões dos conselhos como das conferências de saúde são abertas ao público.

Os conselhos recebem denúncias e sugestões sobre questões relacionadas a serviços, ações e políticas de saúde, procurando sanear e aprimorar eventuais problemas, tendo sempre como foco a coletividade, e não a resolução de casos individuais.

Para contatar os conselhos, basta enviar-lhes uma carta, e-mail ou comparecer pessoalmente na sua sede.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 e confira endereços e informações sobre os conselhos de saúde.

Ministério Público

O Ministério Público (MP) é uma instituição permanente, essencial à função jurisdicional do Estado, incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis, a exemplo da saúde.

A Constituição Federal ainda atribui ao Ministério Público a função de zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia. Considerando que as ações e serviços de saúde foram categorizados como de relevância pública pela própria Constituição Federal, o Ministério Público tem como obrigação zelar pela garantia do direito à saúde das pessoas.

Problemas como a má qualidade ou deficiência do atendimento e da prestação de serviços de saúde públicos ou privados, desvios de verbas públicas, não fornecimento de medicamentos e insumos, demora no agendamento de consultas e procedimentos terapêuticos, devem ser noticiados ao Ministério Público, que poderá instaurar inquérito civil para colher informações a respeito do objeto da denúncia e, se

necessário, ingressar com ação na Justiça para defesa de interesses da coletividade.

Tanto o Ministério Público Federal como o Estadual podem intervir nas questões relacionadas ao direito à saúde. As denúncias podem ser feitas de forma bastante rápida e simples, pessoalmente, por carta ou pela internet.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber o endereço do Ministério Público mais próximo de sua residência.

Conselho Nacional de Justiça

O Conselho Nacional de Justiça, por meio de sua ouvidoria presta os seguintes serviços aos cidadãos: esclarecimento de dúvidas, recebimento de reclamações, denúncias, sugestões ou elogios que envolvam a atuação do Conselho, como também dos membros e órgãos do Poder Judiciário (com exceção do Supremo Tribunal Federal).

Conforme disposto no art. 2º e 4º, III da Resolução nº 103/2010/CNJ, a Ouvidoria visa orientar, transmitir informações e colaborar no aprimoramento das atividades desenvolvidas pelo Conselho, bem como promover a interação com os demais órgãos do Poder Judiciário para o atendimento às demandas recebidas e aperfeiçoamento dos serviços prestados.

Para contato com a Ouvidoria, existem os seguintes meios:

- Formulário eletrônico disponível no www.cnj.jus.br
- Telefones: (61) 2326-4607 / 2326-4608
- Endereço para correspondência: Ouvidoria do Conselho Nacional de Justiça - Anexo II do Supremo Tribunal Federal, Praça dos Três Poderes, S/N - Brasília/DF - CEP: 70175-901
- Endereço para atendimento presencial: Ouvidoria do Conselho Nacional de Justiça - SEPN 514, bloco B, lote 7, sala 103 - Brasília/DF - CEP 70.760-542

Gestores de serviços de saúde

No caso de reclamações sobre falhas no atendimento, desrespeito, filas de espera, demora no agendamento de procedimentos, equipamentos quebrados, falta de medicamentos e insumos, etc., escreva uma carta endereçada ao diretor do hospital ou serviço de saúde, apresentando

os motivos de sua reclamação, se possível, anexando documentos que comprovem o que você está afirmando. Envie uma cópia dessa carta ao secretário municipal ou estadual da Saúde. Deixe registrado que você aguarda uma resposta no prazo máximo de 15 dias, ou menos, dependendo da urgência do caso.

Ouvidorias da Saúde

Órgãos públicos e serviços de saúde mantêm ouvidorias, cuja função é receber reclamações, denúncias e sugestões por parte dos usuários. A ouvidoria recebe e analisa as informações, encaminha o problema aos setores competentes para regularizá-lo, acompanha as providências adotadas, cobra soluções e mantém o usuário informado.

O Ministério da Saúde mantém o Ouvidor SUS, serviço disponível 24 horas por dia. Basta ligar para o telefone 136 ou pela Internet, para fazer sua reclamação, denúncia ou sugestão.

As secretarias estaduais e municipais de Saúde, assim como muitos hospitais, também possuem sua própria ouvidoria.

Conselhos de fiscalização profissional

Os Conselhos regionais de fiscalização profissional recebem denúncias e reclamações ligadas ao exercício do profissional. Após receber a denúncia, os conselhos devem apurar os fatos e, se verificarem a existência de alguma irregularidade, podem punir o profissional inclusive, com a cassação do seu diploma.

As denúncias podem ser feitas pelo correio, pessoalmente e, em alguns casos, pela própria internet.

Veja a relação dos principais conselhos profissionais da área da saúde:

Conselho Federal de Medicina: denúncias e reclamações contra médicos.

Conselho Federal de Farmácia: denúncias e reclamações contra farmacêuticos.

Conselho Federal de Enfermagem: denúncias e reclamações

contra profissionais de enfermagem.

Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional: denúncias e reclamações contra fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Conselho Federal de Psicologia: denúncias e reclamações contra psicólogos.

Conselho Federal de Biomedicina: denúncias e reclamações contra biomédicos.

Conselho Federal de Fonoaudiologia: denúncias e reclamações contra fonoaudiólogos.

Conselho Federal dos Nutricionistas: denúncias e reclamações contra nutricionistas.

Conselho Federal de Odontologia: denúncias e reclamações contra dentistas, cirurgiões-dentistas, auxiliares e técnicos.

Conselho Federal de Serviço Social: denúncias e reclamações contra assistentes sociais.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é um órgão governamental vinculado ao Ministério da Saúde, que tem como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais – inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores – e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país.

Cabe à ANS, por exemplo, definir e atualizar o rol de procedimentos cuja cobertura é obrigatória por parte das operadoras de planos e seguros de saúde. Em atenção ao princípio da participação da comunidade na definição de estratégias relacionadas às ações e serviços de saúde, a ANS realiza consultas públicas sobre as principais questões envolvendo beneficiários e operadoras de planos de saúde para que toda a população possa participar dos debates.

Além de regulamentar as relações do setor de planos de saúde, a agência deve apurar eventuais regularidades praticadas pelos planos de saúde e, se for o caso, puni-los.

As denúncias à ANS podem ser feitas pelo telefone 0800-7019656 (ligações gratuitas), pela internet (www.ans.gov.br) ou por carta, para o endereço: rua Augusto Severo, 84, Glória, Rio de Janeiro, (RJ) CEP 20021-040.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) conta com 12 núcleos que atendem a qualquer cidadão interessado em tirar dúvidas ou fazer denúncias sobre planos de saúde, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados, das 8h30 às 16h30. O atendimento nos Núcleos da ANS é realizado pessoalmente. Localizados em diferentes partes do Brasil, os núcleos orientam, fiscalizam e aplicam penalidades às empresas de planos de saúde. Os endereços dos núcleos podem ser consultados no site da ANS ou no portal do Instituto Oncoguia.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

A Agência Nacional de vigilância sanitária tem como finalidade promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados.

Como se vê, o campo de atuação da vigilância sanitária é extremamente vasto, englobando tudo que, direta ou indiretamente, possa afetar a saúde da população, todos os condicionantes e determinantes da saúde. Em linhas gerais, é possível dividir o campo de abrangência da vigilância sanitária em dois subsistemas:

I - Bens e serviços de saúde

- (a) Tecnologias de alimentos: métodos e processos de produção de alimentos consumidos pela população
- (b) Tecnologias de beleza, limpeza e higiene: métodos e processos de produção de cosméticos, perfumes, produtos de higiene pessoal e saneantes domissanitários
- (c) Tecnologias médicas: aquelas que interferem diretamente no corpo humano, na busca pela saúde, e compreendem medicamentos, soros, vacinas, equipamentos médico-hospitalares,

cuidados médicos e cirúrgicos e suas organizações de atenção à saúde, seja no atendimento direto ao paciente, suporte diagnóstico, terapêutico e na prevenção ou apoio educacional

(d) Tecnologias de lazer: processos e espaços onde se exercem atividades não médicas, mas que interferem na saúde dos usuários. Exemplos: cabeleireiros, barbeiros, pedicuros, manicures, institutos de beleza, espaços culturais, clubes, hotéis etc

(e) Tecnologias da educação e convivência: processos e espaços de produção, englobando escolas, creches, asilos, orfanatos, presídios, cujas condições de aglomeração interferem na saúde

(f) Tecnologias de produção industrial e agrícola: produtos agrícolas, drogas veterinárias etc

II – Meio Ambiente

(a) Meio natural: interessam à vigilância sanitária as tecnologias utilizadas na construção de sistemas de abastecimento de água potável e eletricidade para o consumo humano, proteção de mananciais, controle da poluição do ar, proteção do solo, controle de esgoto sanitário e resíduos sólidos. Visa a proteção dos recursos naturais e a garantia do equilíbrio ecológico, e, conseqüentemente, da saúde humana

(b) Meio construído: a Vigilância Sanitária é exercida sobre as tecnologias utilizadas na construção das edificações humana (casas, indústrias, estabelecimentos comerciais, entre outros) e a forma de parcelamento do solo urbano e rural; sobre os meios de locomoção e toda a infraestrutura urbana e de serviços; sobre o ruído urbano, etc

(c) Ambiente de trabalho: refere-se às condições dos locais de trabalho, normalmente resultantes de modelos de processos produtivos de alto risco ao ser humano.

As ações de Vigilância Sanitária são descentralizadas para Estados e municípios, por meio dos Centros de Vigilância Sanitária, ligados às Secretarias Estaduais da Saúde ou às Secretarias Municipais da Saúde.

Acesse www.oncoguia.org.br ou ligue para 0800 773 1666 para saber o endereço e informações sobre os Centros de Vigilância Sanitárias Estaduais e Municipais.

Quando você tiver denúncias relacionadas à estrutura inadequada dos serviços de saúde, má qualidade de equipamentos falta de higiene, fraude, falsificação e problemas na qualidade de medicamentos, sangue e hemoderivados, produtos para a saúde e alimentos, entre outras, faça sua denúncia à Vigilância Sanitária, por telefone, carta, e-mail ou pessoalmente. Recebida a denúncia, a Vigilância tem a obrigação de apurar o seu objeto, e, se for o caso, interditar ou multar os responsáveis:

Anvisa - SEPN 515, Bloco B, Edifício Ômega, sede 1, 4º andar Brasília/(DF) CEP 70770-502. Tel: (61) 3448.1000. www.anvisa.gov.br.

Poder Legislativo e Tribunal de Contas

O Poder Legislativo cumpre papel imprescindível perante a sociedade brasileira, visto que desempenha três funções primordiais para a consolidação da democracia: representar o povo, **legislar sobre os assuntos de interesse da população e fiscalizar a aplicação dos recursos públicos.**

O Poder Legislativo é exercido nos âmbitos:

- Federal: pelo Congresso Nacional, formado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal
- Estadual: pelas Assembleias Legislativas (e no Distrito Federal pela Assembleia Distrital)
- Municipal: pelas Câmaras Municipais (no Distrito Federal a Assembleia Distrital exerce esse papel)

No site da Câmara dos Deputados, das Assembleias Legislativas e de muitas Câmaras Municipais é possível acompanhar a tramitação de projetos de lei, muitos dos quais tratam de direitos dos pacientes, bem como denunciar irregularidades dos serviços públicos de saúde.

Os Tribunais de Contas da União, dos Estados e de alguns poucos Municípios fazem parte do Poder Legislativo, auxiliando-o no exercício do

controle externo das contas do poder executivo.

Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (CF, art. 74, § 2º e 75).

ONGs de defesa de direitos do paciente

São entidades sem fins lucrativos que possuem a missão de atuar na defesa dos direitos e interesses de pessoas portadoras de patologias. Essas associações podem atuar sobre algum tipo específico de patologia ou mesmo defender os usuários de serviços de saúde de forma universal, divulgando informações do interesse dos pacientes ou mesmo articulando-se com o Poder Público (Executivo, Legislativo e Judiciário), participando de proposições, resoluções de problemas, denúncias e controle de políticas públicas relacionadas à causa. Podem também ter abrangência nacional, estadual ou municipal. O Instituto Oncoguia é um exemplo de ONG de defesa de direitos. Conte conosco para o que precisar.

Imprensa

Os meios de comunicação em massa – como jornais, rádios, televisão, internet, revistas – podem ser importantes instrumentos para cobrar das autoridades melhorias no Sistema de Saúde. Muitos desses meios de comunicação possuem espaço para os cidadãos denunciarem irregularidades nas ações e serviços de saúde. Muitas matérias jornalísticas nascem de denúncias apresentadas pelos cidadãos.

Caso você verifique alguma irregularidade grave nas ações nos serviços de saúde, algum desrespeito aos direitos dos pacientes, noticie a imprensa especializada ou mesmo a ONGs de defesa dos direitos e dos interesses de portadores da patologia, que podem servir de ponte entre o paciente e os meios de comunicação em massa.

Audiências públicas

Audiências públicas são reuniões abertas para participação de toda a comunidade, nas quais se discutem assuntos de relevância pública.

Nesse espaço, todos podem dar suas opiniões e conhecer a opinião dos diversos grupos envolvidos. Geralmente, as audiências públicas contam com a participação de especialistas na área de discussão, que podem influenciar os tomadores de decisão. O objetivo principal é democratizar o debate.

Os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como os órgãos públicos a eles vinculados, podem promover audiências públicas para melhor compreenderem uma questão a ser por eles decidida.

São frequentes as audiências públicas realizadas pelo Ministério da Saúde, para definição de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, pela ANVISA, em questões envolvendo vigilância sanitária, e pela ANS, na regulação entre operadoras de planos de saúde, prestadores de serviços e consumidores.

Recentemente, o Supremo Tribunal Federal (STF) promoveu audiência pública para tratar do acesso aos medicamentos pelo SUS. Você sabia que ONGs de defesa dos direitos de pacientes com câncer ofereceram contribuições valiosas nessa audiência?

No site do STF (www.stf.jus.br) ,é possível ter acesso aos vídeos e materiais disponibilizados nesse fórum de participação popular, que já tem servido de parâmetro para as decisões do STF. É importante que a sociedade fique atenta às audiências públicas em andamento e participe delas ativamente.

Consultas públicas

A consulta pública tem por finalidade promover a participação da Sociedade no processo de tomada de decisão nas ações governamentais. As consultas públicas abrem a possibilidade de uma ampla discussão sobre diversos temas na área de saúde, permitindo que você participe e contribua na construção do sistema de saúde brasileiro. Por meio da consulta pública, o processo de elaboração do documento é democrático e transparente para a sociedade.

Lei de Acesso à Informação

A Lei nº 12.527, sancionada pela Presidenta da República em 18 de novembro de 2011, tem o propósito de regulamentar o direito constitucio-

nal de acesso dos cidadãos às informações públicas, e seus dispositivos são aplicáveis aos três poderes da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

A publicação da Lei de Acesso à Informações significa um importante passo para a consolidação democrática do Brasil e também para o sucesso das ações de prevenção da corrupção e da ineficiência da gestão de políticas públicas no país. Por tornar possível uma maior participação popular e o controle social das ações governamentais, o acesso da sociedade às informações públicas permite que ocorra uma melhoria na gestão pública.

No Brasil, o direito de acesso à informação pública foi previsto na Constituição Federal, no inciso XXXIII do Capítulo I – dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos - que dispõe que:

“Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado”.

A Constituição também tratou do acesso à informação pública no Art. 5º, inciso XIV, art. 37, § 3º, inciso II e no art. 216, § 2º. São estes os dispositivos que a Lei de Acesso à Informações regulamenta, estabelecendo requisitos mínimos para a divulgação de informações públicas e procedimentos para facilitar e agilizar seu acesso por qualquer pessoa.

O Governo Federal colocou à disposição dos cidadãos o Serviço de Informações ao Cidadão (SIC). Trata-se de uma unidade física existente em todos os órgãos e entidades do poder público, em local identificado e de fácil acesso, para atender o cidadão que deseja solicitar o acesso à informação pública. Os SICs têm como objetivos:

- Atender e orientar o público quanto ao acesso às informações
- Conceder o acesso imediato à informação disponível
- Informar sobre a tramitação de documentos em suas

respectivas unidades

- Protocolizar documentos e requerimentos de acesso à informações

Além de o cidadão poder se dirigir a um local físico para solicitar as informações públicas que desejar saber, é possível formular o pedido pela internet, por meio do e-SIC (Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão): www.acessoainformacao.gov.br. Esse sistema permite que qualquer pessoa, física ou jurídica, encaminhe pedidos de acesso à informação para órgãos e entidades do Poder Executivo Federal.

Por meio do sistema, além de fazer o pedido, será possível acompanhar o prazo pelo número de protocolo gerado e receber a resposta da solicitação por e-mail; entrar com recursos, apresentar reclamações e consultar as respostas recebidas. O objetivo é facilitar o exercício do direito de acesso às informações públicas.

33. ANEXO - JURISPRUDÊNCIA

Saque do FGTS

- Garantindo o saque do FGTS para portadores de outras doenças graves:

FGTS - SAQUE - POSSIBILIDADE - DOENÇA GRAVE NÃO PREVISTA NA LEGISLAÇÃO DE REGÊNCIA - LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO. O saldo relativo ao FGTS é do trabalhador e pode ele ser utilizado nas suas necessidades prementes. O julgador deve procurar, no espírito da lei, a decisão justa. Recurso improvido. (REsp 240.920/PR, Rel. Ministro GARCIA VIEIRA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 24/02/2000, DJ 27/03/2000, p. 78)

ADMINISTRATIVO. FGTS. MOVIMENTAÇÃO DA CONTA VINCULADA.

MAL DE PARKINSON. HIPÓTESE NÃO PREVISTA EXPRESSAMENTE NA LEGISLAÇÃO. DOENÇA GRAVE. CARACTERIZAÇÃO. POSSIBILIDADE DE SAQUE. 1. A jurisprudência dominante deste Superior Tribunal de Justiça firmou-se no sentido de que a lista constante do artigo 20 da Lei 8.036/90 não é taxativa, sendo possível a movimentação da conta vinculada em situações de doença grave do trabalhador ou de seus dependentes, mesmo que não haja previsão legal específica. 2. Agravo regimental improvido. (AgRg no REsp 630.602/CE, Rel. Ministra DENISE ARRUDA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 02/09/2004, DJ 30/09/2004, p. 229)

FGTS - LEVANTAMENTO DO SALDO DA CONTA VINCULADA AO FGTS - DOENÇA GRAVE NÃO PREVISTA NA LEI 8.036/90 - POSSIBILIDADE. 1. É tranquila a jurisprudência do STJ no sentido de permitir o saque do FGTS, mesmo em situações não contempladas pelo art. 20 da Lei 8.036/90, tendo em vista a finalidade social da norma. 2. O princípio constitucional da dignidade da pessoa humana, com assento no art. 1º, III, da CF/88, é fundamento do próprio Estado Democrático de Direito, que constitui a República Federativa do Brasil, e deve se materializar em todos os documentos legislativos voltados para fins sociais, como a lei que instituiu o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço. 3. Precedentes da Corte. 4. Recurso especial improvido. (REsp 853.002/SC, Rel. Ministra ELIANA CALMON, SEGUNDA TURMA, julgado em 19/09/2006, DJ 03/10/2006, p. 200)

Saque do PIS/PASEP

- Garantindo o saque do PIS/PASEP para portadores de outras doenças graves:

ADMINISTRATIVO - PIS - LEVANTAMENTO PARA TRATAMENTO DE PORTADOR DE DOENÇA GRAVE - POSSIBILIDADE DE SAQUE MESMO DIANTE DA AUSÊNCIA DE EXPRESSA PREVISÃO LEGAL. 1. É

possível o levantamento do PIS para custear tratamento de portadores de moléstia grave. Precedentes. 2. Recurso especial improvido. (REsp 658.381/RS, Rel. Ministra ELIANA CALMON, SEGUNDA TURMA, julgado em 20/09/2005, DJ 10/10/2005, p. 310)

TRIBUTÁRIO. RECURSO ESPECIAL. LEVANTAMENTO DE PIS. PORTADOR DE MOLÉSTIA GRAVE. 1. Entendimento pacificado nesta Corte de Justiça acerca da possibilidade de levantamento do PIS em caso de portadores de moléstia grave. 2. A aferição da gravidade da doença a ensejar a liberação do montante depositado exige reexame probatório, o que vedado por força da Súmula de nº 7. 3. Recurso especial não conhecido. (REsp 685.716/RS, Rel. Ministro CASTRO MEIRA, SEGUNDA TURMA, julgado em 12/05/2005, DJ 20/06/2005, p. 228)

TRIBUTÁRIO. RECURSO ESPECIAL. PIS. LEVANTAMENTO. LC Nº 26/75. SITUAÇÃO FINANCEIRA GRAVE E FRAGILIDADE DA SAÚDE DO DEPENDENTE. POSSIBILIDADE MESMO DIANTE DA AUSÊNCIA DE EXPRESSA PREVISÃO LEGAL. 1. O julgador não está limitado à observância da letra fria da lei, mas deve aplicar a norma de maneira que melhor atenda aos anseios da sociedade, o que foi feito no acórdão recorrido, ao permitir o levantamento do PIS por motivo de situação financeira grave e fragilidade da saúde do dependente. 2. Não se verifica que houve negativa de vigência à lei, mas, tão-somente, interpretação conforme os fins sociais que ela visa a atender. 3. Recurso especial improvido. (REsp 572.153/RS, Rel. Ministra DENISE ARRUDA, PRIMEIRA TURMA, julgado em 21/09/2004, DJ 25/10/2004, p. 227)

Prisão domiciliar

- Admitindo a concessão de prisão domiciliar aos condenados que se encontram em regime semiaberto ou fechado portadores de doença grave, desde que provada a impossibilidade de assistência terapêutica no ambiente prisional:

PROCESSO PENAL. HABEAS CORPUS. OPERAÇÃO ASTRINGERE. PRISÃO PREVENTIVA. PACIENTE COM CÂNCER. INTERNAÇÃO, SOB CUSTÓDIA, EM HOSPITAL, POR 44 DIAS. CONSTRANGIMENTO ILEGAL. RECONHECIMENTO. 1. Encontrando-se o investigado/acusado debilitado em razão de doença grave, de que exemplo o câncer, tem-se, na linha da melhor doutrina (PRADO, Geraldo; BADARÓ, Gustavo) direito subjetivo à prisão domiciliar. 2. Na espécie, o paciente, portador de câncer na próstata, ainda se encontra sujeito a um quadro de diabetes, hipertensão, obesidade e depressão, contando com sessenta e três anos de idade, tendo, recentemente, que ser internado em hospital, sob custódia, por período de quarenta e quatro dias. 3. Ordem concedida para substituir a prisão preventiva do paciente por prisão domiciliar. (HC 278.910/PB, Rel. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, SEXTA TURMA, julgado em 17/10/2013, DJe 29/10/2013)

HABEAS CORPUS. PRISÃO EM FLAGRANTE. ACUSAÇÃO DE TRÁFICO DE DROGAS. ABSOLVIÇÃO EM PRIMEIRO GRAU. CONDENAÇÃO PELO TRIBUNAL À PENA DE TRÊS ANOS. PENDÊNCIA DE RECURSOS NAS INSTÂNCIAS EXTRAORDINÁRIAS. TESES DEFENSIVAS DE INOCÊNCIA OU DESCARACTERIZAÇÃO DO TRÁFICO PARA USO. EXAME APROFUNDADO DE PROVAS. IMPOSSIBILIDADE NA PRESENTE VIA. SUBSTITUIÇÃO DA PENA PRIVATIVA DE LIBERDADE POR RESTRITIVA DE DIREITOS. QUESTÃO NÃO EXAMINADA PELAS INSTÂNCIAS ORDINÁRIAS. TESE CONTRÁRIA À JURISPRUDÊNCIA. EXECUÇÃO PROVISÓRIA. POSSIBILIDADE. PACIENTE COM DOENÇA GRAVE. TRATAMENTO CIRÚRGICO E MEDICAMENTOSO ESPECÍFICO. SAÚDE DEBILITADA. PRISÃO DOMICILIAR. EXCEPCIONAL POSSIBILIDADE. 1. O Tribunal a quo, soberano na análise do material probatório, fundamentou a condenação do réu, sem qualquer irregularidade aferível na angusta via do writ, examinando, além dos depoimentos dos policiais, as demais provas carreadas. Sem embargo da tese da defesa no sentido da inocência do acusado, ou mesmo da descaracterização do tráfico para o crime de uso, como é sabido e consabido, não é o habeas corpus a via adequada para incursão aprofundada na ceara fático-probatória, razão pela qual não se conhece da impetração nessa parte. 2.

A arguição de substituição da pena privativa de liberdade por restritiva de direitos, além de sequer ter sido levada à apreciação da Corte a quo, de qualquer sorte, não encontra respaldo na jurisprudência pacífica das Cortes Superiores. 3. Contudo, demonstrado o estado crítico de saúde do Paciente, acometido de doença grave, enfrentando pós-operatório, com necessidade de quimioterapia, ingestão de medicamentos fortes, com grandes efeitos colaterais, esta Corte, excepcionalmente, tem admitido, em face das peculiaridades do caso concreto, o cumprimento em prisão domiciliar de pena estabelecida em regime fechado, mormente diante da conhecida falta de estrutura do sistema penitenciário para lidar com esses tipos de situações. 4. Habeas corpus parcialmente conhecido e, nessa parte, concedida a ordem, confirmando a liminar anteriormente deferida, tão-somente para que o Paciente cumpra a execução provisória do julgado em prisão domiciliar. (HC 19.913/SP, Rel. Ministra LAURITA VAZ, QUINTA TURMA, julgado em 08/06/2004, DJ 09/08/2004, p. 278)

HABEAS CORPUS. EXECUÇÃO PENAL. REGIME FECHADO. PRISÃO DOMICILIAR. DOENÇAS GRAVES E IDADE AVANÇADA. INCOMPATIBILIDADE DO LOCAL EM QUE SE ENCONTRA O PACIENTE (CADEIA PÚBLICA) COM SEU TRATAMENTO DE SAÚDE. AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO. ORDEM DENEGADA. 1. A jurisprudência tem admitido a concessão da prisão domiciliar aos condenados que se encontram em regime semiaberto e fechado, em situações excepcionalíssimas, como no caso de portadores de doença grave, desde que comprovada a impossibilidade da assistência médica no estabelecimento prisional em que cumprem sua pena. In casu, não se demonstrou a incompatibilidade da continuidade do tratamento na Cadeia Pública local. 2. Ordem denegada. (HC 228.408/PR, Rel. Ministra MARIA THEREZA DE ASSIS MOURA, SEXTA TURMA, julgado em 26/06/2012, DJe 01/08/2012)

Isenção do IR

- Garantindo aos portadores de doenças graves o direito à isenção do Imposto de Renda sobre rendimentos tanto na atividade como na inatividade

TRIBUTÁRIO. PROCESSUAL CIVIL. ANTECIPAÇÃO DOS EFEITOS DA TUTELA. INDEFERIMENTO. AGRAVO DE INSTRUMENTO. IMPOSTO DE RENDA. LEI N. 7.713/88, ART. 6º, XIV. ISENÇÃO. NEOPLASIA MALIGNA. REDIMENTOS DE CONTRIBUINTE NA ATIVIDADE. POSSIBILIDADE. AGRAVO DE INSTRUMENTO PROVIDO. 1. A isenção do imposto de renda prevista no inciso XIV do artigo 6º da Lei n. 7.713/88 alcança também a remuneração do contribuinte em atividade. Precedentes deste Regional. 2. “A isenção, vicejando só em prol dos ‘inativos portadores de moléstias graves’, está descompromissada com a realidade sócio-fático-jurídica; a finalidade (sistemática) da isenção, na evolução temporal desde sua edição em 1988; os princípios da isonomia e da dignidade humana e, ainda, com o vetor da manutenção do mínimo vital (...). Inimaginável um contribuinte ‘sadio para fins de rendimentos ativos’ e, simultaneamente, ‘doente quanto a proventos’. Inconcebível tal dicotomia, que atenta contra a própria gênese do conceito holístico (saúde integral). Normas jurídicas não nascem para causar estupor” (EIAC 0009540-86.2009.4.01.3300/BA, TRF1, Quarta Seção, Rel. Desembargador Federal Luciano Tolentino Amaral, e-DJF1 08/02/2013). 3. Agravo de instrumento provido. (AG 0020645-27.2013.4.01.0000 / DF, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL MARCOS AUGUSTO DE SOUSA, OITAVA TURMA, e-DJF1 p.2298 de 10/04/2015)

TRIBUTÁRIO. IMPOSTO DE RENDA. LEI N. 7.713/88, ART. 6º, XIV. ISENÇÃO. NEOPLASIA MALIGNA. REDIMENTOS DE CONTRIBUINTE NA ATIVIDADE. RECONHECIMENTO. POSSIBILIDADE. DIAGNÓSTICO ANTERIOR À APOSENTADORIA. TERMO INICIAL. CONJUNTO PROBATORIO. LIVRE APRECIÇÃO PELO JUIZ. PRECEDENTES DESTES REGIONAL. REPETIÇÃO DE INDÉBITO LIMITADA AOS CINCO ANOS ANTERIORES AO AJUIZAMENTO DA AÇÃO. APELAÇÃO NÃO PROVIDA E REMESSA OFICIAL PARCIALMENTE PROVIDA. 1. A isenção do

imposto de renda prevista no inciso XIV do artigo 6º da Lei n. 7.713/88 alcança também a remuneração do contribuinte em atividade. Precedentes deste Regional. 2. “A isenção, vicejando só em prol dos ‘inativos portadores de moléstias graves’, está descompromissada com a realidade sócio-fático-jurídica; a finalidade (sistemática) da isenção, na evolução temporal desde sua edição em 1988; os princípios da isonomia e da dignidade humana e, ainda, com o vetor da manutenção do mínimo vital (...). Inimaginável um contribuinte ‘sadio para fins de rendimentos ativos’ e, simultaneamente, ‘doente quanto a proventos’. Inconcebível tal dicotomia, que atenta contra a própria gênese do conceito holístico (saúde integral). Normas jurídicas não nascem para causar estupor” (EAC 0009540-86.2009.4.01.3300/BA, TRF1, Quarta Seção, Rel. Desembargador Federal Luciano Tolentino Amaral, e-DJF1 08/02/2013). 3. Não merece reparo a sentença por ter admitido, como elemento de convicção, não apenas o parecer de junta medica oficial, mas todo o conjunto probatório constante dos autos. Precedentes. 4. Apelação e remessa oficial não providas. (AC 0044763-52.2013.4.01.3400 / DF - TRF1, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL MARCOS AUGUSTO DE SOUSA, OITAVA TURMA, e-DJF1 p.1180 de 17/10/2014)

TRIBUTÁRIO - AÇÃO ORDINÁRIA - IRPF - MOLÉSTIA GRAVE (ART. 6º, XIV, DA LEI Nº 7.713/88) - ISENÇÃO: “RENDIMENTOS” DA ATIVIDADE, NÃO APENAS “RENDIMENTOS” DA INATIVIDADE (PROVENTOS DE APOSENTADORIA/REFORMA) - EMBARGOS INFRINGENTES NÃO PROVIDOS. 1- A isenção, vicejando só em prol dos “inativos portadores de moléstias graves”, está descompromissada com a realidade sócio-fático-jurídica; a finalidade (sistemática) da isenção, na evolução temporal desde sua edição em 1988; os princípios da isonomia e da dignidade humana e, ainda, com o vetor da manutenção do mínimo vital. 2- A contextualização fático-jurídica, em olhar conectado com o hoje, da isenção (salvo-conduto tributário), que propende a ser vitalícia, é do tipo “geral” e “ex vi legis”, a toda situação em que caracterizadas as patologias. Eventual e continuada ampliação do rol das doenças não considera eventuais cura, agravamento, recidivas ou remissão de sinto-

mas. 3- Da institucionalização da isenção (1988) até hoje transcorreram 25 anos. Àquele tempo, a transposição para a inatividade, imperativa e com afastamento obrigatório das atividades, era a consequência para os males. Mantida a densidade de significado (“ratio legis”) para justificar a isenção, que sempre foi o “fato objetivo da moléstia grave em si” e a ideia genérica do incremento de custos para continuidade da vida (perda/redução da capacidade contributiva), abrem-se novas situações: contribuintes conseguem manter-se, em certos casos, em pleno potencial profissional, auferindo proventos de aposentados (rendimentos da inatividade) e, até, valores decorrentes de vínculos ulteriores (rendimentos da atividade). 4- Inimaginável um contribuinte “sadio para fins de rendimentos ativos” e, simultaneamente, “doente quanto a proventos”. Inconcebível tal dicotomia, que atenta contra a própria gênese do conceito holístico (saúde integral). Normas jurídicas não nascem para causar estupor. 5- Osó conviver com a patologia, à constante sombra da morte ou da má qualidade de vida, alça novos vínculos empregatícios ao grau de terapêutica afeto-social (de higiene mental) e reforço do sentido de existir: tributação seria desestímulo sem justa razão. 6- Cabe ao interprete da norma legal extrair da sua objetividade normativa o seu alcance social, não significando, tal, ampliação dos seus destinatários e/ou os casos de sua incidência. 7- Embargos infringentes não providos. 8- Peças liberadas pelo Relator, em Brasília, 30 de janeiro de 2013., para publicação do acórdão. (EAC 0009540-86.2009.4.01.3300 / BA - TRF 1 - Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL LUCIANO TOLENTINO AMARAL, QUARTA SEÇÃO, e-DJFI p.1023 de 08/02/2013)

TRIBUTÁRIO E PROCESSUAL CIVIL. MANDADO DE SEGURANÇA. JUÍZO DE RETRATAÇÃO. RECURSO REPETITIVO (RESP nº 1.116.620/BA). ART. 543-C, §8º, DO CPC. IMPOSTO DE RENDA. PORTADOR DE NEOPLASIA MALIGNA. ISENÇÃO. SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL EM ATIVIDADE. 1 - Nos termos do art. 6º e respectivo inciso XIV da Lei nº. 7.713/88, com a redação dada pela Lei nº. 11.052/2004, “ficam isentos do imposto de renda os proventos de aposentadoria ou reforma

motivada por acidente em serviço e os percebidos pelos portadores de neoplasia maligna". II - Em se tratando de benefício fiscal destinado a propiciar ao contribuinte aposentado ou reformado, em virtude de acidente em serviço, bem assim àquele portador de doença grave, maior capacidade financeira para suportar o custo elevado do tratamento permanente enquanto padecer da moléstia, a sua concessão é devida, tanto na atividade como na inatividade, tendo em vista que, em ambas as hipóteses, o sacrifício é o mesmo, prestigiando-se, assim, os princípios da isonomia e da dignidade da pessoa humana, na defesa do postulado maior da proteção e da valorização da vida, na dimensão de respeito ao valor da saúde, como garantia fundamental prevista em nossa Carta Magna (CF, arts. 1º, III, 5º, caput, 196 e 170, caput). III - Acórdão recorrido que se mantém, em Juízo de Retratação, nos termos do art. 543-C, §8º, do CPC. (TRF 1 - AMS 0014402-96.2006.4.01.3400 / DF, Rel. DESEMBARGADOR FEDERAL SOUZA PRUDENTE, OITAVA TURMA, e-DJF1 p.687 de 18/11/2011)

- Garantindo o direito ao resgate total do plano de previdência privada com isenção do imposto de renda:

TRIBUTÁRIO. IMPOSTO DE RENDA. COMPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIA. LEI 7.713/88 (ART. 6º, VII, B), LEI 9.250/95 (ART. 33). 1. Pacificou-se a jurisprudência da 1ª Seção do STJ no sentido de que, por força da isenção concedida pelo art. 6º, VII, b, da Lei 7.713/88, na redação anterior à que lhe foi dada pela Lei 9.250/95, é indevida a cobrança de imposto de renda sobre o valor da complementação de aposentadoria e o do resgate de contribuições correspondentes a recolhimentos para entidade de previdência privada ocorridos no período de 1º.01.1989 a 31.12.1995 (REsp 643691/DF, DJ 20.03.2006; REsp 662.414/SC, DJ 13.08.2007; (REsp 500.148/SE, DJ 01.10.2007; REsp 501.163/SC, DJe 07.04.2008). 2. Na repetição do indébito tributário, a correção monetária é calculada segundo os índices indicados no Manual de Orientação de Procedimentos para os Cálculos da Justiça Federal, aprovado pela Resolução 561/CJF, de 02.07.2007, do Conselho da Justiça Federal, a

saber: (a) a ORTN de 1964 a fevereiro/86; (b) a OTN de março/86 a dezembro/88; (c) pelo IPC, nos períodos de janeiro e fevereiro/1989 e março/1990 a fevereiro/1991; (d) o INPC de março a novembro/1991; (e) o IPCA - série especial - em dezembro/1991; (f) a UFIR de janeiro/1992 a dezembro/1995; (g) a Taxa SELIC a partir de janeiro/1996 (ERESP 912.359/MG, 1ª Seção, DJ de 03.12.07). 3. Recurso especial parcialmente conhecido e, nessa parte, provido. Acórdão sujeito ao regime do art. 543-C do CPC e da Resolução STJ 08/08. (REsp 1012903/RJ, Rel. Ministro TEORI ALBINO ZAVASCKI, PRIMEIRA SEÇÃO, julgado em 08/10/2008, DJe 13/10/2008)

AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. IMPOSTO DE RENDA. ISENÇÃO. RESGATE DE CONTRIBUIÇÕES EFETUADAS EM FAVOR DE ENTIDADE DE PREVIDÊNCIA PRIVADA. PORTADOR DE NEOPLASIA MALIGNA. ART. 6º, INCISOS VII E XIV, DA LEI N. 7.713/1988. LEI N. 9.250/1995 E DECRETO N. 3.000/1999 (RIR/99). - A isenção, ou não, do imposto de renda pertinente aos recolhimentos em favor de entidades de previdência privada e aos respectivos resgates, até o ano de 1995, foi disciplinada nos artigos 6º, inciso VII, da Lei n. 7.713/1998, 32 e 33 da Lei n. 9.250/1995. A Primeira Seção, no julgamento do REsp n. 1.012.903/RJ, da relatoria do em. Ministro Teori Albino Zavaski, decidiu que, “por força da isenção concedida pelo art. 6º, VII, b, da Lei 7.713/88, na redação anterior à que lhe foi dada pela Lei 9.250/95, é indevida a cobrança de imposto de renda sobre o valor da complementação de aposentadoria e o do resgate de contribuições correspondentes a recolhimentos para entidade de previdência privada ocorridos no período de 1º.01.1989 a 31.12.1995”. - O inciso XIV do art. 6º da Lei n. 7.713/1989 cuida da isenção, apenas, em relação aos “proventos de aposentadoria ou reforma”, motivada por acidente em serviço, e os percebidos pelos portadores das doenças graves relacionadas (redação original e alterações das Leis n. 8.541/1992, 9.250/1995 e 11.052/2004), não se aplicando aos recolhimentos ou resgates envolvendo entidades de previdência privada. - A partir da publicação do Decreto n. 3.000, de 26.3.1999 (DOU de 17.6.1999), a isenção prevista no inciso XIV do art. 6º

da Lei n. 7.713/1989 (inciso XXXIII do art. 39 do Decreto) foi estendida às parcelas pertinentes à complementação de aposentadoria relacionada à previdência privada, quanto aos portadores das doenças graves relacionadas. Precedente da Segunda Turma. - Agravo regimental acolhido parcialmente para dar parcial provimento ao recurso especial, reconhecendo como indevida, apenas, a cobrança do imposto de renda sobre o valor do resgate de contribuições correspondentes aos recolhimentos para a entidade de previdência privada ocorridos no período de 1º.1.1989 a 31.12.1995 e a partir da edição da publicação do Decreto n. 3.000/1999 (DOU de 17.6.1999). - Diante da sucumbência recíproca, as custas e os honorários advocatícios, estes de 10% sobre o valor da condenação, devem ser proporcionalmente distribuídos, compensadas as verbas honorárias entre si (enunciado n. 306 da Súmula desta Corte), observada, ainda, a gratuidade de justiça deferida em primeiro grau à autora. (AgRg no REsp 1144661/SC, Rel. Ministro CESAR ASFOR ROCHA, SEGUNDA TURMA, julgado em 24/05/2011, DJe 07/06/2011)

TRIBUTÁRIO. RECURSO ESPECIAL. COMPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIA. IMPOSTO DE RENDA. ISENÇÃO. NÃO APOSENTADO. PORTADOR DE MOLÉSTIA GRAVE. ART. 6º, INCISO XIV, DA LEI Nº 7.713/88 COMBINADO COM O ART. 39, § 6º, DO DECRETO 3.000/99. POSSIBILIDADE. 1. Necessária a previsão legal para a concessão de isenções, devendo-se verificar o cumprimento de todos os requisitos estabelecidos pela respectiva lei para que seja efetivada a renúncia fiscal. 2. O art. 6º, XIV, da Lei 7.713/88 (com a redação prevista no art. 47 da Lei nº 8.541/92) é explícito ao conceder o benefício fiscal em favor dos aposentados portadores de moléstia grave. 3. O art. 39, § 6º, do Decreto nº 3.000/99 prevê a possibilidade da isenção do imposto de renda nos casos de complementação de aposentadoria. 4. Recurso especial não provido. (REsp 1204516/PR, Rel. Ministro CASTRO MEIRA, SEGUNDA TURMA, julgado em 04/11/2010, DJe 23/11/2010)

Quitação do financiamento imobiliário

- Entendendo que a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprovar a deliberada má-fé do segurado:

PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. SEGURO. RECUSA DA COBERTURA. DOENÇA PREEEXISTENTE. AUSÊNCIA DE REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉVIOS. MÁ-FÉ. REEXAME DE MATÉRIA FÁTICO-PROBATÓRIA. INCIDÊNCIA DAS SÚMULAS N. 5 E 7 DO STJ. DECISÃO MANTIDA. 1. Conforme pacífica jurisprudência desta Corte, a seguradora não pode recusar o pagamento da indenização securitária alegando que a doença é preexistente à contratação se não exigiu prévios exames clínicos do segurado. 2. O recurso especial não comporta o exame de questões que impliquem revolvimento do contexto fático-probatório dos autos ou interpretação de cláusula contratual, a teor do que dispõem as Súmula n. 5 e 7 do STJ. 3. No caso concreto, o Tribunal de origem concluiu que a recorrente, ré na demanda, não se desincumbiu do ônus de comprovar a alegada má-fé da seguradora. Alterar esse entendimento é inviável na instância especial, a teor dos óbices das referidas súmulas. 4. Agravo regimental a que se nega provimento. (AgRg no AREsp 389.782/SP, Rel. Ministro ANTONIO CARLOS FERREIRA, QUARTA TURMA, julgado em 06/05/2014, DJe 12/05/2014)

RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO - SEGURO DE VIDA - ÓBITO - NÃO PAGAMENTO DO SEGURO PELA SEGURADORA - ALEGAÇÃO DE DOENÇA PREEEXISTENTE - AUSÊNCIA DE EXAME CLÍNICO PRÉVIO - DEVER DE INDENIZAR - DANOS MATERIAIS E MORAIS - CONFIGURAÇÃO - REEXAME DE PROVAS - SÚMULA 07/STJ - JUROS MORATÓRIOS - RESPONSABILIDADE CONTRATUAL - TERMO INICIAL - CITAÇÃO - DANOS MORAIS - CORREÇÃO MONETÁRIA - INCIDÊNCIA A PARTIR DO MOMENTO DA FIXAÇÃO DO SEU QUANTUM - EXCESSIVIDADE DA CONDENAÇÃO - REDUÇÃO -

NECESSIDADE. 1 - Ao contrário do afirmado no presente recurso, além de inexistir omissão, contradição ou obscuridade, bem como julgamento extra petita no acórdão recorrido, a alegação de violação dos artigos 1443 e 1444 do CC/1916, ao aduzir que o segurado omitira informações sobre seu real estado de saúde quando da contratação do seguro, é objetivamente repelida pela jurisprudência pacífica deste E. STJ. Aqui firmou-se o entendimento de que a seguradora não pode esquivar-se do dever de indenizar alegando que o segurado omitiu informações sobre seu estado de saúde quando não lhe foi exigido exames clínicos prévios. Precedentes. 2 - A teor do entendimento desta Corte, a seguradora não pode esquivar-se do dever de indenizar alegando que o segurado omitiu informações sobre seu estado de saúde quando não lhe foi exigido exames clínicos prévios, como ocorre in casu. Precedentes. 3 - Para concluir pela ocorrência do dano material e moral, o v. acórdão analisou todas as provas constantes nos autos. Assim, para se infirmar tal entendimento é necessário o reexame fático, o que é inviável nesta Corte (Súmula 07/STJ). 4 - No que concerne ao valor arbitrado a título de danos morais, (50% do pleiteado na exordial) mostra-se excessivo e não compatível com a lesão sofrida. Deveras, no caso em questão, inobstante o reconhecimento pela Corte local quanto a efetiva ocorrência do dano moral, em razão das consequências oriundas na recusa da seguradora em cumprir a obrigação expressamente contratada, há de se considerar na fixação do quantum reparatório os critérios de moderação e razoabilidade que informam os parâmetros avaliadores adotados por esta Corte. Pois bem, ajustando-se tal o valor, e assegurando ao lesado justa reparação, sem incorrer em enriquecimento ilícito, reduz o valor indenizatório, para fixá-lo, a título de danos morais, na quantia certa de R\$15.000,00 (quinze mil reais), cuja correção monetária deve se dar a partir da decisão que o fixou. 5 - No que tange a correção monetária e juros moratórios, o acórdão dispôs que os juros sejam calculados a partir da data do sinistro (fls. 318). Sobre a indenização por dano material e moral, por integrar a condenação, incidem juros a partir da citação. De outro lado, o termo inicial para a correção monetária com referência a indenização pelo dano moral, consoante entendimento de

ambas as Turmas de Direito Privado desta Corte, é a data da prolação da decisão que fixa seu montante (c.f. REsp 728.314/DF, Rel. Ministro ALDIR PASSARINHO, DJ de 26/06/2006; REsp 75.076/RJ, rel. Ministro BARROS MONTEIRO, DJ de 18.10.1999; entre outros). 6 - Recurso conhecido e parcialmente provido para mantendo o v. acórdão quanto aos danos materiais, cujos juros moratórios e correção devem incidir a contar da citação, fixar o quantum indenizatório a título de danos morais em R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), cuja correção monetária deve se dar a partir da decisão que os fixou, mantidos os ônus sucumbenciais. 7 - Medida Cautelar nº 11.498/AL prejudicada. (REsp 811.617/AL, Rel. Ministro JORGE SCARTEZZINI, QUARTA TURMA, julgado em 21/11/2006, DJ 19/03/2007, p. 359)

SEGURO DE VIDA. DOENÇA PREEXISTENTE. EXAMES PRÉVIOS. AUSÊNCIA. INOPONIBILIDADE. Conforme entendimento pacificado desta Corte, a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprove a deliberada má-fé do segurado. Recurso provido. (REsp 777.974/MG, Rel. Ministro CASTRO FILHO, TERCEIRA TURMA, julgado em 09/05/2006, DJ 12/03/2007, p. 228)

Plano de previdência privada e seguro de vida

- Entendendo que a seguradora, ao receber o pagamento do prêmio e concretizar o seguro, sem exigir exames prévios, responde pelo risco assumido, não podendo esquivar-se do pagamento da indenização, sob a alegação de doença preexistente, salvo se comprovar a deliberada má-fé do segurado (vide jurisprudência relacionada à quitação do financiamento imobiliário)
- Garantindo o direito ao resgate total do plano de previdência privada com isenção do imposto de renda (vide jurisprudência relacionada à isenção do IR)

Câncer e trabalho

- Garantindo ao paciente com câncer o direito de tomar posse em concurso público quando comprovado o controle da doença e a aptidão para o desempenho da função:

Reexame Necessário e Apelação Cível – Responsabilidade da Administração – Concurso público – Exame de saúde – Reprovação – Candidata reprovada, por ter se submetido a tratamento contra neoplasia de mama – Ilegalidade do ato administrativo – Ofensa aos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade – Dever de indenizar configurado – Sentença de procedência mantida. Honorários advocatícios bem arbitrados. Recursos oficial e voluntário desprovidos. (TJSP - AC 0040848-21.2010.8.26.0053 - Relator(a): Marrey Uint; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 3ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 14/04/2015; Data de registro: 21/05/2015)

CONCURSO PÚBLICO – Candidata aprovada nas primeiras fases, porém declarada sua inaptidão na de exame médico, por ter submetido a operação de mastectomia, em razão do aparecimento há anos de neoplasia maligna de mama – Ofensa à dignidade da pessoa humana – Ausência de motivação do ato administrativo, mostrando-se, além disso, desproporcional e desarrazoado – Anulação do ato administrativo – Indenização pelo período em que deveria estar no desempenho da função que não se mostra adequado, pois efetivamente não exerceu a respectiva função – Precedente desta C. 9ª Câmara de Direito Público – Procedência parcial da ação decretada pelo Colegiado – Recurso da autora provido em parte. (TJSP - AC 0014466-83.2013.8.26.0053 - Relator(a): Rebouças de Carvalho; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 9ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 06/05/2015; Data de registro: 07/05/2015)

MANDADO DE SEGURANÇA CONCURSO PÚBLICO DE ASSISTENTE SOCIAL JUDICIÁRIO Inaptidão em exame médico Pretensão ao

restabelecimento da classificação anterior à sua exclusão do certame Possibilidade Poder Judiciário que está autorizado a anular o ato administrativo, notadamente quando estiver desprovido de razoabilidade e proporcionalidade, sem que se possa cogitar em invasão do mérito administrativo A impetrante logrou comprovar ter sido acometida de câncer de mama e submetida à cirurgia e a tratamento quimioterápico e radioterápico em 2009, sem recidivas posteriores Relatório médico que concluiu pela inexistência de sinais da doença e pela aptidão da paciente para o desempenho de suas atividades profissionais A negativa de posse, por razões médicas, deve se lastrear em motivos relevantes que, de forma cabal, apontem inaptidão permanente do candidato ao exercício do cargo Inaptidão da impetrante fundada em mera potencialidade Ordem mandamental concedida. (TJSP - AC 2000896-24.2014.8.26.0000 - Relator(a): Osvaldo de Oliveira; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 12ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 18/03/2015; Data de registro: 24/03/2015)

Concurso público Insurgência contra a inaptidão no exame médico Negativa de posse com fundamento no fato da autora ter sido submetida à mastectomia no prazo inferior a cinco anos Sentença de improcedência Apelação da autora requerendo, em preliminar, a nulidade da decisão Inexistência de violação aos princípios do juiz natural e da identidade física do juiz - Sentença proferida por juiz de carreira com jurisdição Não há violação ao artigo 132 do CPC se ausente realização de audiência Preliminares afastadas Mérito - Prova pericial que atesta a higidez física e psicológica da autora Renitência da Administração que fere os princípios da razoabilidade, da proporcionalidade e da igualdade Direito à posse configurado - Reconhecimento desse direito, entretanto, que não justifica a pretensão de obter vencimentos retroativos, relativos ao período não trabalhado Vencimentos que têm natureza de contraprestação Pretensão que encontra óbice na vedação ao enriquecimento sem causa Exegese do art. 884 do CC Indenização por danos materiais indevida Ausência de prova de abandono do emprego em virtude da nomeação em cargo público Danos morais não

caracterizados - Episódio que se configura como mero aborrecimento, não indenizável Recurso provido em parte. (TJSP - AC 0107032-27.2008.8.26.0053 - Relator(a): Oscild de Lima Júnior; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 11ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 03/03/2015; Data de registro: 09/03/2015)

SERVIDOR ESTADUAL - Professor PEB II Exame médico admissional Neoplasia maligna da mama Inaptidão Impossibilidade: O candidato só pode ser considerado inapto, quando inexistente a boa saúde real no momento da realização do exame médico, uma vez que mera probabilidade de eventual retorno da doença num período de cinco anos não o incapacita para o exercício das atividades do cargo. (TJSP - AC 0045545-51.2011.8.26.0053 - Relator(a): Teresa Ramos Marques; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 10ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 15/12/2014; Data de registro: 29/01/2015)

- Garantindo a reintegração no trabalho e/ou indenização a paciente com câncer demitido sem justa causa por presumida discriminação:

Súmula nº 443 do TST: DISPENSA DISCRIMINATÓRIA. PRESUNÇÃO. EMPREGADO PORTADOR DE DOENÇA GRAVE. ESTIGMA OU PRECONCEITO. DIREITO À REINTEGRAÇÃO - Res. 185/2012, DEJT divulgado em 25, 26 e 27.09.2012 Presume-se discriminatória a despedida de empregado portador do vírus HIV ou de outra doença grave que suscite estigma ou preconceito. Inválido o ato, o empregado tem direito à reintegração no emprego).

Cirurgia de reconstrução mamária

- Garantindo o direito à cirurgia plástica para simetrização das mamas no SUS:

AÇÃO ORDINÁRIA - Obrigação de fazer com pedido de antecipação de tutela - Cirurgia de substituição de prótese mamária para corrigir

assimetria de perda ponderal – Prescrição médica da qual se retira que a cirurgia é reparadora – Procedimento cirúrgico não padronizado pelo SUS – Aplicação da regra do art. 196 da Constituição Federal – O direito à vida é amplo e explicitamente protegido pela Carta Magna, cabendo consignar que a interpretação no sentido de que a cirurgia em questão visa apenas à realização de valor estético acha-se em confronto com a definição do que venha a ser “saúde”, segundo OMS – Sentença mantida – Recurso de Apelação não provido. (TJSP - AC 0032212-47.2012.8.26.0554 - Relator(a): Luiz Sergio Fernandes de Souza; Comarca: Santo André; Órgão julgador: 7ª Câmara de Direito Público; Data do julgamento: 25/05/2015; Data de registro: 29/05/2015)

- Garantindo o direito à cirurgia plástica para simetrização das mamas pelo plano de saúde:

PLANO DE SAÚDE MASTECTOMIA DIREITO RADICAL CIRURGIA PARA EXTRAÇÃO DE CARCINOMA EFETUADA A RECONSTRUÇÃO DA MAMA RETIRADA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE MAMOPLASTIA ESQUERDA PARA SIMETRIZAÇÃO RECUSA DE CUSTEIO DO PROCEDIMENTO POR SER ESTÉTICO E PORQUE O PLANO É ANTERIOR À LEI Nº 9.656/98 E NÃO ADAPTADO RECUSA INJUSTIFICADA PROCEDIMENTO QUE VISA EVITAR A DISFUNÇÃO NAS COLUNAS CERVICAL E DORSAL, BEM COMO EVITAR REPERCUSSÕES DO PONTO DE VISTA EMOCIONAL APLICAÇÃO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR E DA LEI Nº 9.656/98 POR SER CONTRATO DE TRATO SUCESSIVO OBSERVÂNCIA AOS PRINCÍPIOS DO EQUILÍBRIO CONTRATUAL E BOA-FÉ OBJETIVA PROCEDÊNCIA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO. (TJSP - AC 0011457-80.2009.8.26.0659 - Relator(a): Neves Amorim; Comarca: Vinhedo; Órgão julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 10/12/2013; Data de registro: 11/12/2013)

PLANO DE SAÚDE CIRURGIA DE MASTECTOMIA E RECONSTRUÇÃO DAS MAMAS, COM IMPLANTAÇÃO DE PRÓTESES - INDENIZAÇÃO POR DANOS MATERIAL E MORAL NATUREZA REPARADORA E NÃO

ESTÉTICA RESPONSABILIDADE DO CUSTEIO PELA PRESTADORA DE SERVIÇOS MÉDICOS HOSPITALARES DANOS MORAIS CONFIGURADOS, PELA GRAVE OFENSA AOS DIREITOS DE PERSONALIDADE DA AUTORA- SENTENÇA MANTIDA. RECURSO IMPROVIDO. (AC 9160763-41.2008.8.26.0000 - Relator(a): Neves Amorim; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 06/09/2011; Data de registro: 09/09/2011; Outros números: 5846674800)

CONTECOM AGENTE!

instituto
Oncoguia 

★ Você não está sozinho!
Equipe do Instituto Oncoguia

0800 773 1666 www.oncoguia.org.br

 www.facebook.com/oncoguia

 www.twitter.com/oncoguia