

# Direitos do paciente com câncer



**Por Rodrigo Araújo**

Há mais de 10 anos, a Araújo, Conforti e Jonhsson – Sociedade de Advogados presta serviços para pacientes portadores de graves doenças, no intuito de ajudá-los a ter acesso a tratamentos médicos, medicamentos, autorizações para cirurgias, exames, quimioterapias, radioterapias e demais recursos médicos que, sem o amparo judicial, não seriam disponibilizados a essas pessoas.

Em todos esses anos, recebemos incontáveis pedidos de esclarecimentos e orientações e, com base nas questões mais frequentes levantadas por nossos clientes, compilamos as principais dúvidas e seus respectivos esclarecimentos nesse manual, voltado ao cidadão leigo, não habituado com questões legais. Por isso evitamos aqui a utilização de jargões jurídicos e, também, a citação de todos os fundamentos legais que garantem os direitos que adiante serão mencionados.

Assim, esperamos que essa cartilha possa facilitar esse trabalho de pesquisa e, também, servir de referência para o paciente portador de câncer.

# I - SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE – SUS

“Saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Além de slogan publicitário de incontáveis campanhas políticas, a frase acima é a garantia constitucional (lei maior do Brasil) de que o cidadão terá acesso a todos os meios necessários para conseguir tratamento médico digno e de qualidade.

Na prática, sabe-se que não é bem assim que funciona, não obstante inúmeros fatores que têm sido de fundamental importância para possibilitar uma melhoria substancial no serviço prestado pelo SUS.

Um desses fatores é a migração de pacientes do SUS para o setor privado. Aproximadamente um quarto de toda a população do Brasil é beneficiária de planos ou seguros de saúde. Em muitas regiões metropolitanas do Sudeste e do Sul do país, esse número ultrapassa metade da população.

Logo, o crescimento do número de beneficiários de assistência médica privada desonera o SUS do ponto de vista financeiro e deveria, também, tornar o serviço mais ágil.

Outro ponto importante a ser considerado é que, até o ano de 2013, o SUS fornecia, gratuitamente, diversos medicamentos quimioterápicos orais e de alto custo para pacientes que preenchessem todas as condições exigidas pelo programa de dispensação de medicamentos, independentemente de ele ter ou não um plano de saúde.

Com a entrada em vigor da Lei n. 12.880/2013 e da Resolução Normativa n. 338/2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, as operadoras de saúde privadas passaram a ser compelidas a assumir o custo desses quimioterápicos e, também, de medicamentos

destinados ao controle dos efeitos colaterais relacionados à quimioterapia oral ou endovenosa.

Essa medida, evidentemente, também desonerou, significativamente, o SUS.

No entanto, esse não é o escopo deste manual de direitos do paciente com câncer. A maioria dos manuais e cartilhas que abordam os direitos dos pacientes enfatizam os princípios que norteiam a organização e o funcionamento do SUS. O objetivo deste trabalho é abordar questões práticas enfrentadas pelo paciente oncológico.

## O tratamento

Qualquer pessoa que precisar de atendimento médico através do Sistema Público de Saúde deve, inicialmente, procurar pela Unidade Básica de Saúde – UBS – mais próxima de sua residência. A UBS é considerada a porta de entrada do SUS.

O paciente deverá comparecer à UBS munido de documento de identidade, comprovante de endereço e cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS).

Se ainda não possuir o cartão SUS, o paciente poderá obtê-lo, gratuitamente, nas Unidades Básicas de Saúde. É necessário apresentar documento de identidade, comprovante de endereço, certidão de nascimento ou casamento e número do PIS, se tiver. É possível fazer um cadastro prévio através do endereço eletrônico <https://portaldocidadao.saude.gov.br/portalcidadao/areaCadastro.htm>.

Quando o problema de saúde não puder ser resolvido pelos médicos e demais profissionais da UBS, o paciente será encaminhado para um especialista, através de uma guia de referência, com local, data e horário.

As unidades especializadas são chamadas de UBDS – Unidades Especializadas.

Quando o problema de saúde demandar atendimento hospitalar, o paciente será encaminhado para um dos hospitais integrantes do SUS.

Em se tratando de paciente com o diagnóstico de câncer, ele poderá ser encaminhado para uma unidade do UNACON (Unidades de Assistência de Alta Complexidade) ou do CACON (Centros de Assistência de Alta Complexidade).

Além do UNACON e CACON, o paciente com câncer pode ser direcionado para clínicas isoladas de quimioterapia e de radioterapia. Essas clínicas oferecem tratamento complementar àquele disponibilizado nas unidades do UNACON e do CACON.

### Fornecimento de Medicamentos

Quando não fornecidos de forma isolada pelo SUS, as secretarias municipais e estaduais de saúde disponibilizam medicamentos de forma gratuita.

Para ter acesso a esses medicamentos, é necessário ter a receita médica, documento de identificação, cartão SUS e laudos de exames que justifiquem a necessidade do medicamento. Também é recomendável que seja encaminhado um relatório médico com a justificativa para o uso do medicamento. O pedido deve ser feito diretamente a secretaria de saúde do Município ou Estado de residência do paciente.

Não serão analisados solicitações de fórmula de manipulação e pedidos de medicamentos sem registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – Anvisa.

Fato é que, apesar dos esforços para que o Sistema Público de Saúde funcione adequadamente, é de conhecimento público as grandes dificuldades que o cidadão enfrenta para ter acesso a tratamento digno e adequado.

Conforme mencionado acima, pedidos de medicamentos não registrados pela Anvisa (importados, não nacionalizados) não são,

sequer, analisados pela Secretaria de Saúde Municipal ou Estadual.

No entanto, a demorade da Anvisa para aprovar o uso de medicamentos no Brasil, seja por ineficiência, seja por interesses dos setores público e privado, não pode impedir o paciente de ter acesso a medicamentos de última geração, sobretudo quando não há outra opção terapêutica. Há, também, muitos medicamentos que ainda não foram incluídos entre aqueles fornecidos pelo SUS.

Há, ainda, casos em que, mesmo fazendo parte da referida lista, o médico prescreve o medicamento de forma diferente daquela que está aprovada pelos órgãos públicos.

Em todos esses casos, é comum que a Secretaria de Saúde se recuse a fornecer o medicamento prescrito.

Dessa forma, se a Secretaria de Saúde não autorizar o fornecimento do medicamento ou, até mesmo, se recusar a analisar o pedido, o paciente deve buscar auxílio através do Poder Judiciário.

### Cirurgia de reconstrução de mama

O SUS também deve oferecer a cirurgia plástica de reconstrução de mama para a mulher que tiver os seios retirados total ou parcialmente em decorrência do câncer.

## II. PLANO DE SAÚDE OU SEGURO SAÚDE

Em 1999 entrou em vigor a Lei n. 9.656/98, que assegura a cobertura obrigatória pelos planos e seguros de saúde do tratamento de todas as doenças relacionadas na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial de Saúde – OMS.

Apesar de esta lei regulamentar os planos de saúde contratados a partir de 1999, é reconhecido pela jurisprudência que a lei n. 9.656 também se aplica aos contratos de planos e seguros de saúde anteriores a essa legislação.

Ao contratar um plano ou seguro de saúde, o consumidor pode optar por contratar apenas a cobertura hospitalar ou a cobertura ambulatorial e hospitalar.

O plano de saúde com cobertura apenas hospitalar não cobre consultas médicas e exames. Ele é destinado a cobrir despesas com cirurgias e hospitalizações.

A quimioterapia e a radioterapia são procedimentos, na maioria das vezes, de natureza ambulatorial. Ainda assim, planos com cobertura exclusivamente hospitalar devem assegurar tais terapias, inclusive a quimioterapia oral/domiciliar.

O paciente precisa ficar atento às negativas de cobertura mais comuns por parte das operadoras de planos de saúde:

- **Medicamentos quimioterápicos não nacionalizados (sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa)**

A lei n. 9.656/98 permite, como exceção, a exclusão de cobertura de medicamentos importados não nacionalizados. É importante, entretanto, compreender que se trata de uma exceção da lei e que, como tal, deve ser tratada.

É necessário analisar cada situação de forma individualizada. Quando demonstrado que o medicamento importado não tem similar no país e que é o único meio disponível para o tratamento da patologia, o paciente deve exigir que seu plano de saúde assuma o custeio.

- **Medicamentos off-label**

Off-label é o termo utilizado para prescrições de medicamentos de forma diversa daquela que está contida na bula do medicamento.

Quando se trata de quimioterapia, é bastante comum o médico assistente prescrever o uso de um quimioterápico para tratamento de um tipo de câncer diferente daquele que está previsto na bula do medicamento.

Em outros casos, mesmo quando a indicação para tratamento da doença está prevista em bula, o médico pode prescrever o uso do medicamento de forma diferente daquela que está aprovada pelos órgãos reguladores.

Em ambos os casos, as empresas de planos e seguros de saúde alegam que se trata de prescrição de medicamento off-label e, portanto, sem cobertura contratual.

Essa negativa de cobertura é abusiva. O médico é o único que pode prescrever o tratamento e a operadora de saúde não pode interferir na conduta clínica desse profissional.

- **Medicamentos de uso oral/domiciliar**

Há pouco tempo, as operadoras de saúde negavam a cobertura para quimioterápicos orais. Após a entrada em vigor da Lei n. 12.880, de 2013, as operadoras passaram a ser compelidas, legalmente, a assumir o custo desses quimioterápicos e, também, de medicamentos destinados ao controle dos efeitos colaterais relacionados à quimioterapia oral ou endovenosa.

A Resolução Normativa n. 338/2013, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, que atualizou o rol de coberturas mínimas

obrigatórias pelos planos e seguros de saúde, relacionou, também, quais são os medicamentos orais que devem ser fornecidos pelas operadoras de saúde privadas.

Os medicamentos que não estiverem incluídos nessa lista não são cobertos, voluntariamente, pelas empresas de planos de saúde.

Assim, na hipótese de o plano de saúde se recusar a custear o medicamento quimioterápico oral, o paciente deve se valer dos meios administrativos e/ou judiciais para exigir que seu tratamento seja custeado pelo plano de saúde contratado.

- **Tratamentos considerados experimentais**

A lei n. 9.656/98 também permite a exclusão de cobertura para tratamentos experimentais pelos planos de saúde e o objetivo é vedar a prática de tratamentos sem comprovação científica de eficácia, tendo em vista que, inclusive, podem ser prejudiciais ao paciente.

O problema é que, muitas vezes, o conceito do que é tratamento experimental é deturpado pelas operadoras de saúde com o objetivo de não autorizar o respectivo custeio.

Quando o tratamento não for autorizado sob a justificativa de ser considerado experimental, o paciente deve conversar com seu médico de confiança para sanar eventuais dúvidas.

Convencido de que a decisão médica é a mais correta, o paciente deve exigir que seu tratamento seja autorizado por seu plano de saúde.

- **Procedimentos não previstos no rol da ANS**

Da mesma forma que as empresas de planos de saúde não autorizam a cobertura de medicamentos quimioterápicos orais quando não estão previstos na lista de medicamentos relacionados pela ANS, elas também não autorizam a cobertura de tratamentos não previstos no rol de cobertura de procedimentos obrigatórios da ANS. Esse rol de procedimentos, entretanto, deve ser considerado meramente exemplificativo.

A medicina é uma ciência que avança rapidamente. Todos os anos

surgem novas técnicas, exames, terapias e medicamentos. O rol da ANS, porém, é atualizado a cada dois anos.

Não se pode permitir que o paciente não tenha acesso aos melhores recursos terapêuticos apenas porque a Agência Nacional de Saúde Suplementar não é capaz de atualizar, satisfatoriamente, os procedimentos incluídos nesse rol.

- **Exames e tratamentos indisponíveis na rede credenciada do plano de saúde.**

Conforme mencionado no início desse tópico, os planos de saúde devem cobrir o tratamento de todas as patologias relacionadas na classificação internacional de doenças da OMS.

Se os recursos necessitados pelo paciente não estiverem disponíveis na rede credenciada, a operadora de saúde deve assumir o custeio perante outro prestador de serviço ou reembolsar integralmente o valor gasto pelo paciente que teve que se socorrer de médicos, hospitais, clínicas e/ou laboratórios não credenciados de seu plano de saúde.

- **Urgência ou Emergência durante período de carência.**

Carência é o período entre a assinatura do contrato e a possibilidade de uso dos serviços pelo beneficiário do plano de saúde. Durante esse período, o consumidor paga regularmente a mensalidade, mas não pode fazer uso de todos os benefícios oferecidos pelo plano de saúde. O prazo máximo de carência é estabelecido por lei, mas a operadora de saúde pode oferecer prazos menores na contratação.

O prazo para cobertura de tratamentos de urgência ou emergência é de 24 horas após a assinatura do contrato.

Entretanto, as operadoras de saúde entendem que, em casos de atendimentos de urgência ou emergência, o consumidor terá direito ao atendimento médico somente durante as primeiras 12 horas após a internação, caso não tenha cumprido os demais prazos de carência.

A Lei n. 9.656/98 não dispõe sobre essa limitação do atendimento, de forma que, caracterizado que se trata de uma urgência ou emergência médica, o paciente tem direito de permanecer internado, com cobertura de seu plano de saúde, até a alta médica.

É essencial que esteja caracterizada a urgência (acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional) ou emergência (risco imediato de morte ou lesões irreparáveis) e que estejam declaradas em relatório ou pedido médico.

- **Doença Preexistente**

O prazo de carência para cobertura do tratamento de doenças preexistentes é de 24 meses e o consumidor deve declarar, no momento em que contrata um plano de saúde, todas as doenças que eventualmente possua e tenha conhecimento.

Se o consumidor não tinha conhecimento de que era portador da doença no momento em que contratou o plano de saúde, a operadora não poderá deixar de autorizar o tratamento.

Outro aspecto importante para a questão da carência para tratamento de doenças preexistentes é que as operadoras de saúde interpretam o conceito do que é ou não doença preexistente de forma extremamente abrangente, o que é muito vantajoso para elas.

O beneficiário de um plano de saúde que ainda não completou 24 meses de contrato não pode ter o tratamento de um aneurisma negado porque declarou ter hipertensão arterial na ocasião em que fez a contratação.

Hipertensão arterial e aneurisma são doenças diferentes, ainda que a hipertensão arterial possa ser considerada como um fator de aumento de risco para a formação de um aneurisma.

A operadora de saúde somente pode se recusar a cobrir o tratamento em razão de carência para doença preexistente se for demonstrado que o consumidor tinha, à época da contratação, pleno conhecimento de que era portador da específica doença cujo tratamento pretende a operadora de saúde não autorizar.

- **Cirurgia plástica reparadora.**

É assegurada a cirurgia plástica reparadora para pacientes com câncer de mama

A operadora de saúde deve autorizar ou negar o pedido para tratamentos médicos dentro dos prazos estabelecidos pela ANS. Pedidos de cirurgias eletivas devem ser analisados em até 21 dias úteis; cirurgias de urgência/emergência devem ser liberadas imediatamente; tratamentos quimioterápicos ou radioterápicos devem ser autorizados em até 10 dias úteis.

Como principal interessado, o paciente deve acompanhar o pedido de autorização desde o início. Caso a solicitação seja encaminhada diretamente pelo prestador de serviço (hospital, clínica, médico), é recomendável que o paciente solicite cópia do pedido e outros documentos que tenham sido enviados para a operadora, inclusive com a demonstração da data em que foram recebidos.

Superados os prazos de atendimento estabelecidos pela ANS e esgotadas as possibilidades de solução administrativa para a falta de autorização para cobertura de tratamentos ou realização de exames, o paciente pode e deve buscar o auxílio do Poder Judiciário.

Ao ajuizar uma ação contra a operadora de saúde, é possível requerer ao juiz o deferimento de um pedido de antecipação de tutela (liminar) nos casos em que o paciente corre risco de morte ou de grave lesão. Esse pedido é apreciado pelo juiz, na maioria das vezes, em menos de cinco dias após o ajuizamento da ação e, sendo deferido, o paciente poderá iniciar o tratamento com a cobertura de seu plano de saúde. A ação não termina com a tutela antecipada, mas o paciente não ficará sem tratamento durante a sequência dos atos processuais.

Para ajuizar uma ação, é importante que o paciente tenha sempre em arquivo todos os documentos relacionados ao seu plano de saúde e ao seu tratamento, tais como cópia do contrato do plano de saúde, relatórios médicos, pedido de autorização, laudos de exames e comunicados de negativa de autorização de cobertura.

O paciente também deve estar adimplente perante a operadora de seu plano de saúde e deve manter, ao menos, cópia dos últimos três comprovantes de pagamento da mensalidade.

Quando o paciente assumir, com recursos próprios, os pagamentos de despesas médicas e hospitalares que foram indevidamente glosadas pelo plano de saúde, também é possível requerer o ressarcimento através de uma ação judicial.

Existem, todavia, prazos para o consumidor ajuizar a ação e requerer o ressarcimento desses valores. Esses prazos são chamados de prazos prescricionais e são controversos entre juízes e advogados. Os prazos de prescrição mais aceitos pela jurisprudência para ações que objetivam o ressarcimento de valores referentes a despesas médicas e hospitalares são de 01 (um) ano para titulares de seguro saúde e de 03 (três) anos para titulares de plano de saúde.

Há outros prazos prescricionais que podem ser considerados, cabendo ao advogado analisar cada caso de forma individual.

# III. ERRO MÉDICO

Analisar a conduta de um médico é sempre um tema bastante controverso. Muitas pessoas tendem a acreditar que o simples fato de o médico não ter conseguido o resultado almejado pelo paciente caracteriza uma falha desse profissional.

O médico tem a obrigação de destinar os melhores esforços para alcançar a cura da doença que aflige o paciente, mas ele não tem responsabilidade pelo efetivo resultado.

Em direito, chamamos isso de “obrigação (ou atividade) de meio”, que é dever de empregar os melhores esforços para atingir o resultado esperado sem, contudo, comprometer-se com o efetivo resultado, que difere, por sua vez, do que chamamos de “obrigação (ou atividade) de resultado” (dever de atingir o resultado prometido).

Assim, para caracterizar a existência de um erro médico, passível de ser objeto de uma ação de indenização por danos materiais e morais, é necessário que seja demonstrado ter havido culpa ou dolo do médico assistente.

O dolo é caracterizado pela intenção do médico em não obter os melhores resultados. Nesse caso, o médico tem ciência de que seus atos prejudicarão o paciente.

A culpa, por sua vez, é caracterizada por negligência, imprudência ou imperícia.

Negligência é a situação em que o médico age com descuido, indiferença ou desatenção. Ele deixa de fazer algo que deveria ter sido feito para evitar riscos.

Imprudência pressupõe uma ação precipitada. Na situação de negligência, o médico deixa de adotar uma providência importante. No caso de uma situação de imprudência, o médico age, mas o faz de forma diferente daquela que era esperada. Ele assume riscos sem respaldo científico.

A imperícia é a situação em que se demonstra a inaptidão e/ou a falta de qualificação do médico.

Os conceitos podem parecer muito similares para a maioria das pessoas, mas um advogado saberá melhor qualificar a existência de um ato negligente, imprudente ou imperito por parte de um médico.

Somente quando puder ser caracterizado o dolo ou a culpa é que o paciente poderá pensar em ajuizar uma ação de indenização por erro médico.

A exceção a esta regra em que o dolo ou culpa deve ser demonstrada limita-se aos casos de cirurgias plásticas. Neste, normalmente, o médico assume uma obrigação de resultado. Assim, o resultado da cirurgia deve ser aquele que o médico informou ao paciente antes da cirurgia.

Nessa situação, não é necessário demonstrar dolo ou culpa do médico. Basta que se demonstre que o resultado não foi aquele que foi informado pelo médico antes da realização da cirurgia.

Existe, ainda, uma classificação das cirurgias plásticas em estéticas ou reparadoras.

Para alguns doutrinadores, somente a cirurgia plástica estética enseja uma obrigação de resultado.

Uma vez mais, caberá ao advogado analisar o caso em conjunto com o paciente e/ou familiares.

Antes, porém, de procurar um advogado, o paciente deverá solicitar a cópia de seu prontuário médico.

É recomendável, ainda, submeter esse prontuário médico à apreciação de um especialista médico para preparar um laudo e apontar as possíveis falhas existentes no atendimento.

Superadas essas etapas, o paciente estará apto a ajuizar a ação judicial e poderá pleitear indenização pelos danos materiais, danos morais e lucros cessantes.

Os danos materiais, em apertada síntese, são os valores que o paciente (ou familiares) tiveram que dispor para custear despesas que somente surgiram em razão do erro médico.

Lucros cessantes se referem àqueles valores que o paciente deixou de receber em razão de sua inaptidão para exercer suas regulares atividades, inaptidão essa que decorreu do erro médico.

Em relação aos danos morais, cada situação deverá ser analisada de forma individual.

Também é importante saber que essa ação poderá ser ajuizada contra o médico e/ou hospital em que o procedimento foi realizado.

Em alguns casos, também é possível incluir a operadora do plano de saúde do paciente como ré na ação.

# IV. ACESSO AO PRONTUÁRIO MÉDICO E DEMAIS DADOS REFERENTES AO ATENDIMENTO

O prontuário é um conjunto de documentos em que o médico mantém o registro de todas as informações referentes aos cuidados prestados ao paciente. O prontuário deve conter informações do atendimento ambulatorial, atendimento de urgência, relatório da enfermagem, evolução médica, prescrições médicas, exames, relato cirúrgico, informações do anestesista, resumo de alta e boletins médicos, todos datados e em ordem cronológica.

O médico não pode fazer anotações a lápis, não pode haver correções (líquido corretor), folhas em branco ou anotações que não se refiram ao paciente.

O segredo ou sigilo médico é uma instituição muito antiga e assim continua sendo preservado.

Pelo Código de Ética Médica os dados do prontuário médico ou hospitalar e todos os documentos que o instruem são protegidos pelo sigilo profissional e só podem ser solicitados pelo paciente ou por pessoa autorizada por este, mediante apresentação de procuração. Muitos hospitais também solicitarão cópia de documentos pessoais do paciente.

Se o paciente é menor ou incapaz, são os responsáveis legais quem poderão solicitar a cópia do prontuário.

O requerimento deve ser encaminhado diretamente ao hospital, em duas vias, para se obter recibo de entrega na cópia. Exija sempre o protocolo de entrega, com data e assinatura.

Atualmente, alguns hospitais adotaram o modelo de prontuário médico eletrônico. A forma eletrônica dos prontuários médicos tem

gerado discussões sobre a validade e veracidade das informações ali contidas.

O problema se consiste na facilidade com que prontuários eletrônicos podem ser alterados sem o conhecimento do paciente.

Em termos legais, a utilização ética do prontuário médico eletrônico exige que se evite a manipulação do documento eletrônico, de forma que seja preservada a integridade das informações armazenadas.

Em outros termos, uma vez inserido um dado no sistema, este não deverá ser alterado. É permitido o acréscimo de informações, mas não a sua alteração ou subtração.

# V. DIREITOS SOCIAIS DO PACIENTE COM CÂNCER

## 1. DOENÇAS GRAVES

Antes de adentrarmos ao mérito dos demais direitos do paciente com câncer, é importante esclarecer que tais direitos se estendem a todas as pessoas com doenças graves.

As doenças consideradas graves, no entanto, estão estabelecidas em lei.

São elas:

- 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).

Essas doenças devem ser comprovadas através de relatórios médicos e exames.

Não obstante a previsão legal de quais doenças são consideradas graves, os pacientes portadores de outras patologias incapacitantes podem pleitear os mesmos benefícios conferidos aos portadores de doenças consideradas legalmente graves, tendo em vista o reconhecimento do princípio de igualdade de direitos, mas é provável que tenham que ajuizar uma ação para ter o seu direito reconhecido.

Alguns direitos contidos em nossa legislação para portadores de doenças graves somente serão concedidos quando a doença for incapacitante (não permite que a pessoa consiga ou mantenha um trabalho).

## **2. AUXÍLIO DOENÇA**

O auxílio-doença é um benefício mensal devido ao segurado, contribuinte do INSS, quando fica temporariamente incapaz para o trabalho em virtude de doença por mais de 15 dias consecutivos.

O segurado deve ter, no mínimo, 12 contribuições para ter direito ao benefício, exceto quando for portador de câncer ou outra doença considerada legalmente grave.

Durante os primeiros 15 dias consecutivos de afastamento da atividade por motivo de doença, cabe à empresa pagar ao doente o seu salário. Depois desse período o pagamento é feito pelo INSS.

A incapacidade para o trabalho deve ser comprovada por meio de exame realizado pela perícia do INSS.

Para conseguir o benefício, é necessário comparecer a uma agência da Previdência Social ou ligar para solicitar o agendamento da perícia. Deverá ser apresentada a carteira de trabalho ou documentos que comprovem a condição de contribuinte do INSS, além de exames e relatórios médicos recentes (validade de até 30 dias).

Em regra, não será concedido o auxílio-doença ao segurado que já era portador da doença ou da lesão ao se filiar à Previdência Social, exceto quando for demonstrado que a incapacidade decorreu de progressão

ou agravamento dessa doença.

O auxílio-doença consistirá numa renda mensal correspondente a 91% (noventa e um por cento) do salário de benefício (média de contribuições feitas pelo segurado).

### **3. APOSENTADORIA POR INVALIDEZ**

Para se aposentar por invalidez, não basta ter a doença grave. É necessária a comprovação da impossibilidade definitiva para trabalhar, atestada por perícia médica do INSS.

O portador de câncer ou outras doenças graves, contribuinte do INSS, tem direito a esse benefício independentemente de ter 12 contribuições.

Caso seja demonstrado que o paciente com câncer aposentado por invalidez demande a assistência permanente de outra pessoa, o valor da aposentadoria por invalidez poderá ser aumentado em 25% (vinte e cinco por cento).

A relação de documentos e os formulários estão disponíveis nas Agências ou Unidades de Atendimento da Previdência Social.

### **4. LOAS – LEI ORGÂNICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

De acordo com a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, é assegurado ao portador de deficiência o Amparo Assistencial ao Idoso e ao Deficiente, que garante um salário mínimo mensal ao portador de deficiência incapacitado para o trabalho e para uma vida independente.

Para obter esse benefício, também é essencial que a renda familiar total (todos que vivem no mesmo domicílio: cônjuge, companheiro, pais, filhos e irmãos menores de 21 anos ou inválidos), dividida pelo número de familiares (residentes no mesmo domicílio), seja inferior a 25% do salário mínimo.

O requerente não pode estar vinculado a nenhum regime de previdência social e o benefício será revisto a cada dois anos.

Para solicitar o benefício, o paciente deve fazer exame médico pericial no INSS e conseguir o Laudo Médico que comprove sua deficiência. O próprio INSS prestará informações complementares.

## **5. ISENÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA NA APOSENTADORIA**

O benefício é concedido em virtude de constatação de câncer ou outras doenças graves.

O paciente deve reunir toda a documentação que comprove o diagnóstico, tratamentos, evolução clínica e estágio atual do câncer. Após reunir a documentação, deve comparecer a um oncologista da rede pública para obter um laudo pericial. Se o tratamento da doença tiver sido realizado através do SUS, o próprio médico responsável poderá emitir o laudo.

O formulário do laudo pericial pode ser obtido no site da Receita Federal.

O requerimento deverá ser feito perante o órgão que paga a aposentadoria.

## **6. ISENÇÃO DE IPI E IOF NA COMPRA DE VEÍCULOS ADAPTADOS**

A pessoa portadora de câncer e que apresente alguma deficiência física poderá ser isentada do Imposto sobre Produtos Industrializados – IPI e o Imposto sobre Operações Financeiras – IOF na compra de veículos adaptados de fabricação nacional ou nacionalizada.

Para solicitar a isenção, o portador de câncer deverá preencher o formulário de requerimento de isenção de IPI e encaminhá-lo ao Delegado da Delegacia da Receita Federal de Administração Tributária, juntamente com a declaração de disponibilidade financeira compatível com o valor do veículo a ser adquirido, laudo de avaliação

e certificado de regularidade fiscal do INSS ou declaração de próprio punho de que é isento ou não é segurado obrigatório da Previdência Social.

Todos os formulários acima estão disponíveis no site da Receita Federal.

Além dos formulários, é necessário, ainda, encaminhar a cópia da carteira de identidade, cópia da carteira nacional de habilitação do requerente ou dos condutores autorizados e a certidão negativa da Procuradoria Geral da Fazenda Nacional (PGFN), se for constatada alguma pendência.

Para isenção do IOF, também é necessário apresentar declaração de que nunca usufruiu do benefício.

Todos esses documentos deverão ser apresentados no posto da Receita Federal mais próximo da residência do requerente.

Deferido o benefício, o requerente terá o prazo de 180 dias para adquirir o veículo e poderá usufruir desse benefício uma vez a cada 02 anos, salvo em casos excepcionais, mediante autorização do Delegado da Receita Federal.

## **7. ISENÇÃO DE ICMS NA COMPRA DE VEÍCULOS ADAPTADOS**

O Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços - ICMS - é um imposto estadual e, portanto, cada Estado possui sua própria legislação acerca de alíquotas, isenções e tudo aquilo que se refere ao mencionado tributo.

No Estado de São Paulo, o requerente, portador de deficiência, deve se dirigir ao Posto Fiscal do ICMS mais próximo de sua residência, para apresentar o requerimento de isenção (formulário disponível no site da Fazenda), laudo de avaliação (ou cópia autenticada do laudo de avaliação apresentado à Receita Federal); cópia autenticada do comprovante de residência; cópia autenticada da carteira nacional de habilitação – CNH, constando as restrições referentes ao condutor e

adaptações necessárias no veículo; cópia autenticada da habilitação de todos os condutores autorizados a dirigir o automóvel; documento que comprove a representação legal, se for o caso; declaração expedida pelo vendedor do veículo (formulário disponível no site da Fazenda do Estado de São Paulo); comprovação de disponibilidade financeira; e, quando o beneficiário da isenção não for o condutor, a autorização emitida pela pessoa com deficiência, com identificação dos condutores.

Tal como disposto para beneficiários da isenção do IPI, este benefício também poderá ser utilizado uma única vez a cada dois anos.

## **8. ISENÇÃO DE IPVA**

O Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA – também é um tributo de competência estadual. Portanto, cada Estado possui regulamentação própria acerca deste tributo.

No Estado de São Paulo, o requerente deverá apresentar ao Posto Fiscal da Fazenda Estadual o Formulário de Requerimento; nota fiscal de aquisição e requerimento do RENAVAL, com etiqueta da placa do veículo (para automóveis novos); cópia do CRV e do CRLV (para veículos usados); cópia do laudo de perícia médica fornecido exclusivamente pelo órgão de trânsito do Estado (DETRAN), especificando o tipo de deficiência física e as características necessárias do veículo a ser conduzido; cópia da CNH, onde conste a aptidão para conduzir veículos com as adaptações especiais discriminadas no laudo médico; cópia da Nota Fiscal ou DANFE no caso de veículo novo referentes às adaptações, de fábrica ou realizadas por empresa especializada, feitas no veículo; tratando-se de veículo usado, deve ser apresentado o laudo emitido por entidade de inspeção credenciada pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normatização e Qualidade Industrial – INMETRO; declaração de que não possui outro veículo com o benefício; cópia do CPF.

Todas as cópias de documentos exigidas deverão ser apresentadas com os originais, para conferência e autenticação pelo atendente, dispensando-se autenticação e reconhecimento de firma em cartório,

salvo se houver dúvida quanto à autenticidade.

## **9. DISPENSA DE RODÍZIO MUNICIPAL**

O portador de câncer que apresente deficiência física também poderá obter autorização especial para liberação do rodízio municipal. Por se tratar de assunto de competência municipal, o requerente deverá obter melhores informações perante a Prefeitura de seu município.

Na cidade de São Paulo, o requerente deverá preencher o formulário disponibilizado no site da Prefeitura e entregar o requerimento no DSV – Autorizações Especiais.

Juntamente com o requerimento, deverá ser encaminhado o 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; cópia simples da Carteira de Identidade do requerente e do representante legal, quando for o caso.

## **10. TRANSPORTE PÚBLICO COLETIVO GRATUITO**

O portador de deficiência física poderá obter a isenção de tarifas no sistema de transporte coletivo municipal e intermunicipal. No Município de São Paulo, compreende o sistema de ônibus municipais, SPTrans, ônibus/micro-ônibus intermunicipais da EMTU, Metrô e trens da CPTM.

É necessário efetuar um cadastro no site da SPTrans. Feito o cadastro, será gerado um Relatório Médico que deverá ser preenchido por médico também cadastrado no sistema da SPTrans.

Após preenchido o relatório médico (válido por 90 dias), o requerente deve comparecer a um dos postos de atendimento e apresentar, também, o documento de identificação (original e cópia); comprovante de endereço recente (original e cópia); e laudo de exames.

No Município de São Paulo, o portador de deficiência física severa, dependente do uso de cadeira de rodas, também pode se beneficiar do Serviço de Atendimento Especial (ou ATENDE), que é uma modalidade de transporte porta a porta, gratuito aos seus usuários, com regulamento próprio, oferecido pela Prefeitura do Município de São Paulo.

É necessário cadastrar o portador de deficiência severa no serviço de atendimento especial e o transporte porta a porta será realizado mediante agendamento prévio de viagens.

Todos os usuários do Serviço de Atendimento Especial – ATENDE e demais interessados podem obter informações pela Central de Atendimento 156 da Prefeitura ou nos postos de atendimento das Subprefeituras.

Há, ainda, o chamado Passe Livre Interestadual, destinado ao portador de deficiência física comprovadamente carente.

Trata-se de um benefício do Governo Federal e não vale para o transporte municipal ou intermunicipal dentro de um mesmo Estado. Este benefício não se estende a acompanhantes.

Os formulários e demais orientações para o requerimento estão disponíveis no endereço eletrônico.

## **11. SAQUE DO FGTS E DO PIS/PASEP**

Na fase sintomática da doença, o portador de câncer ou aquele que tenha dependente portador de câncer poderá fazer o saque do FGTS.

Na mesma oportunidade, o requerente também poderá solicitar o saque do PIS/PASEP. A documentação é muito semelhante e ambos os pedidos são feitos na mesma unidade da Caixa Econômica Federal.

Deverá ser apresentado o documento de identidade; carteira de trabalho; Cartão do Cidadão ou número de inscrição no PIS/PASEP ou Inscrição de Contribuinte Individual junto ao INSS para o doméstico

não cadastrado no PIS/PASEP; atestado médico com validade não superior a trinta dias, assinatura sobre carimbo e CRM do médico responsável, contendo diagnóstico no qual relate as patologias ou enfermidades que molestam o paciente, o estágio clínico atual, indicando expressamente: "Paciente sintomático para a patologia classificada sob o CID\_\_\_\_\_"; ou "Paciente acometido de neoplasia maligna, em razão da patologia classificada sob o CID\_\_\_\_\_"; ou "Paciente acometido de neoplasia maligna nos termos da Lei nº. 8.922/94", ou "Paciente acometido de neoplasia maligna nos termos do Decreto nº. 5.860/2006"; 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 em que o dependente do titular da conta for acometido pela doença; atestado de óbito do dependente, caso este tenha vindo a falecer em consequência do câncer.

## **12. – QUITAÇÃO DE FINANCIAMENTO DE IMÓVEL PELO SFH**

O portador de câncer com atestado de invalidez total e permanente causada pela neoplasia adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel financiado pelo Sistema Financeiro da Habitação – SFH - possui direito a quitação desse financiamento.

O financiamento feito através do SFH inclui um seguro obrigatório de invalidez ou morte. Assim, atestada a invalidez, as parcelas restantes serão quitadas por esse seguro, devendo a Instituição Financeira que efetuou o financiamento encaminhar os documentos necessários para a seguradora responsável.

## **13. INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA**

A maioria dos seguros de vida contempla previsão de indenização por invalidez permanente total ou parcial.

É importante que a invalidez permanente total ou parcial seja constatada após a contratação do seguro.

Nesse caso, o segurado terá direito à indenização. Para dar início ao

processo de regulação do sinistro, é necessário contatar o corretor do seguro ou a própria seguradora.

#### **14. PREVIDÊNCIA PRIVADA**

Da mesma forma, alguns contratos de previdência privada dispõem sobre renda ou indenização por invalidez permanente total ou parcial.

O beneficiário deverá analisar seu contrato e, havendo essa previsão, deve obter laudo médico que comprove a incapacidade e contatar o agente financeiro ou corretor responsável pelo benefício.

#### **15. PRIORIDADE NA TRAMITAÇÃO DE PROCESSOS JUDICIAIS**

O artigo 1.211-A do Código de Processo Civil assegura a prioridade na tramitação de processos para pacientes portadores de graves doenças, de forma a tornar a prestação da tutela jurisdicional mais célere e eficaz.

# Sobre a ACJ Advocacia

Escritório especializado em ações contra planos de saúde, a Araújo, Conforti e Jonhsson Advogados Associados atua de forma rápida e eficaz na defesa dos consumidores em todo o território nacional. Oferece soluções para pacientes que possuem plano de saúde e precisam de tratamentos médicos que não foram autorizados (cirurgias, home care, medicamentos de alto custo (importados ou não), quimioterapia, materiais cirúrgicos (próteses e órteses), etc.

A ACJ Advocacia também oferece soluções para reajustes abusivos aplicados na mensalidade do plano de saúde (reajuste financeiro, reajuste por mudança de faixa etária, reajuste por sinistralidade) e outros assuntos relacionados às áreas médica e de saúde.

