

Planos de Saúde

Saiba como funcionam
no tratamento do câncer



Tipos de
Cobertura



Prazos de
Carência



Obrigações
da Operadora



Prazos para
Atendimento



+ Índice

- 1 A Abrale
- 2 O que é plano de saúde?
- 3 Qual órgão é responsável por cuidar dos planos de saúde?
- 4 Quais os tipos de cobertura existentes nos planos de saúde?
- 5 Há carência para quem muda de plano?
- 6 O que a operadora do plano de saúde é obrigada a cobrir?
- 7 O que fazer em casos de demissão sem justa causa ou de aposentadoria para continuar com seu plano de saúde?
- 8 Quais são os prazos máximos para atendimento?
- 9 Que procedimentos os planos são obrigados a cobrir?
- 10 Os planos devem cobrir exames mais modernos, como PET/CT e mamografia digital?
- 11 A quem recorrer em caso de negativa?
- 12 Veja quais os quimioterápicos que têm cobertura obrigatória, pelos planos de saúde, fora do ambiente hospitalar
- 18 SUS - Sistema Único de Saúde
- 19 ABRALE - 100% de esforço onde houver 1% de chance

A Abrale

Anualmente, milhares de novos casos de câncer são diagnosticados no Brasil. Dentre as explicações para isso está o processo de envelhecimento da população – até 1950, as pessoas viviam em média 40 anos, já hoje, estimamos em torno de 74.

Porém, a boa notícia é que, na última década testemunhamos um importantíssimo avanço científico que possibilita tratamentos menos agressivos, melhores índices de sucesso e maior sobrevida – com qualidade - às pessoas que precisam enfrentar uma doença oncológica.

Considerando a experiência do trabalho de Apoio ao Paciente da Abrale, organizamos este manual para divulgar informações sobre os direitos da pessoa com câncer quando estas possuem planos de saúde.

Aqui, explicaremos os tipos de planos existentes no país e, com uma linguagem de fácil compreensão, você entenderá como funciona a cobertura assistencial, prazos de carência, tipos de planos, o que são obrigados a cobrir no tratamento e o que não é obrigatório, prazos para atendimento, dentre outros.

Esperamos que estas importantes informações contribuam para o seu esclarecimento a respeito de seus direitos, garantidos por lei, como cidadão e paciente.

Nosso objetivo é orientar, dar apoio e assistência gratuita às pessoas que vivenciam a luta contra o câncer em todo país. Sua participação é muito importante para nós.

Para informações mais detalhadas sobre outros direitos, entre em contato com a Abrale pelo 0800 773 9972, abrale@abrale.org.br ou acesse www.abrale.org.br

Conte conosco!



O que é plano de saúde?

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

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

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

Vale lembrar que as propostas e contratos, que podem ser diferentes em cada um dos planos, estão submetidos às regras da lei 9.656/98 e ao Código de Defesa do Consumidor.

Atualmente, no país, são mais de 42 milhões de consumidores que utilizam de planos de saúde para realizar consultas, exames ou internações.



Qual órgão é responsável por cuidar dos planos de saúde?

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

Tipos de planos de saúde. Veja em qual você se enquadra.

Os planos de saúde são divididos em:

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

Antigo - Quando o contrato é de antes de 2 de janeiro de 1999. Isso significa que este plano não é fiscalizado pela ANS e nem obedece aos termos da Lei dos Planos de Saúde, mas está amparado pelo Código de Defesa do Consumidor.

Importante! A qualquer momento, você poderá mudá-lo para um plano novo. Entre em contato com sua operadora.

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

Quais os tipos de cobertura existentes nos planos de saúde?

Plano ambulatorial - compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatorios, consultórios e clínicas. Cobre também atendimentos e procedimentos ditos como urgentes e de emergência até as primeiras 12 horas.

Importante! Internações não estão inclusas.

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

Importante! Este plano não cobre nenhum atendimento referente à gestação.

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

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

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

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

Fique de

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

Há carência para quem muda de plano?

Não há carência para quem mudará de plano, quando o beneficiário já a cumpriu no plano anterior e se os dois forem da mesma faixa de preço.

Mas quando o beneficiário decide trocar de plano na mesma operadora, de acordo com a ANS, pode-se cobrar carência em relação aos profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde que não faziam parte do plano anterior, incluindo as melhorias na acomodação de internações.

Quais são os prazos máximos de carência?

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

Mas é fundamental destacar que você tem direito a algumas coberturas a partir de um prazo determinado, que é de:

- 24 horas para urgências e emergências;
- 300 dias para parto a termo (gestações com mais de 37 semanas);
- 180 dias para consultas, exames, internações e cirurgias;
- 24 meses para doenças pré-existentes.

Quais são as coberturas que podem ser limitadas no período de carência para doenças pré-existentes?

Não serão cobertos pelo plano de saúde procedimentos cirúrgicos e de alta complexidade, e leitos de alta tecnologia relacionados apenas às doenças pré-existentes declaradas (quando a pessoa já tem conhecimento) no momento da contratação do plano. Após 24 meses, o beneficiário passa a contar com cobertura integral.

Fique de

Na internet

<http://abrale.org.br/pagina/ans>

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



O que a operadora do plano de saúde é obrigada a cobrir?

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

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

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

Na Internet

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2014 está disponível em <http://abrale.org.br/pagina/ans>

Quais são os limites para consultas e exames?

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

Fique de

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

O que fazer em casos de demissão sem justa causa ou de aposentadoria para continuar com seu plano de saúde?

Depende. Se a empresa custeava totalmente o plano, o ex-funcionário ou o aposentado perdem o direito a esse benefício.

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

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

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

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

Fique de

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

Quais são os prazos máximos para atendimento?

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

Fique de

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



Que procedimentos os planos são obrigados a cobrir?

A lista com os procedimentos obrigatórios está disponível em:

<http://abrale.org.br/pagina/ans>

O plano pode se recusar a cobrir despesas com tratamento oncológico ambulatorial e hospitalar, tais como quimioterapia, radioterapia e procedimento cirúrgico?

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

Para ver a lista completa da cobertura mínima obrigatória, acesse:

<http://abrale.org.br/pagina/ans>

É obrigatória a cobertura de quimioterápico oral fora do ambiente hospitalar?

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

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

Os planos devem cobrir exames mais modernos, como PET/CT e mamografia digital?

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

A legislação pode ser vista em: <http://abrale.org.br/pagina/ans>

Os transplantes de medula óssea são cobertos pelos planos?

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

Toda negativa do plano de saúde deve ser feita por escrito.

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

Legislação disponível na página: <http://abrale.org.br/pagina/ans>

A quem recorrer em caso de negativa?

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

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

Como reivindicar na Justiça?

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

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

Link de endereços disponíveis na página:

<http://abrale.org.br/docs/enderecos-oab.pdf>

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

Caso o médico do paciente e o médico do plano discordem de algum procedimento ou exame, o que pode ser feito?

Você tem direito a uma segunda e terceira opinião com especialistas de centros de tratamento de referência, profissionais estes escolhidos em comum acordo com o plano de saúde de acordo com a resolução nº 8 do Consu (Conselho de Saúde Suplementar).

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

Veja quais os quimioterápicos que têm cobertura obrigatória, pelos planos de saúde, fora do ambiente hospitalar

Substância	Localização	Indicação
Acetato de Abiraterona	Próstata	Metastático resistente à castração em homens que receberam quimioterapia prévia com docetaxel
Anastrozol	Mama	Adjuvante na pós-menopausa em mulheres com tumor receptor hormonal positivo Câncer de mama metastático em mulheres na pós-menopausa com progressão da doença em uso de tamoxifeno
Bicalutamida	Próstata	Avançado em combinação com o tratamento com análogos do LHRH ou castração cirúrgica Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável
Bussulfano	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Capecitabina	Colorretal Gástrico Mama	Primeira linha em câncer metastático Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina Metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em face de contraindicação para estas medicações

Substância	Localização	Indicação
Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação de fase da doença
	Linfomas	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Micose Fungóide	Estágios avançados
	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Neuroblastomas	Em pacientes com disseminação
	Ovário	Sem especificação de fase da doença
	Retinoblastomas	Sem especificação de fase da doença
Clorambucila	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Sem especificação de fase da doença
Dasatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfoide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe
Dietilelbestrol	Mama	Casos paliativos
	Próstata	Casos paliativos
Cloridrato de Erlotinibe	Pulmão não pequenas-células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrisecável com mutação nos éxons 19 ou 21
Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas

Substância	Localização	Indicação
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados
Everolimus	Mama	Câncer de mama metastático receptor hormonal positivo após falha de primeira linha hormonal, em associação com exemestano
Exemestano	Mama	Adjuvante em mulheres na pós-menopausa com tumor receptor hormonal positivo, seja de início imediato ou após 2-3 anos de tratamento com tamoxifeno
		Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrógeno
		Terapia pré-operatória em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama localmente avançado receptor hormonal positivo, com a intenção de permitir cirurgia conservadora da mama
Fludarabina	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B
Flutamida	Próstata	Indicado como monoterapia (com ou sem orquiectomia) ou em combinação com um agonista LHRH ("Luteinizing Hormone-Releasing Hormone"), no tratamento do câncer avançado em pacientes não tratados previamente ou em pacientes que não responderam ou se tornaram refratários à castração
Gefitinibe	Pulmão não pequenas-células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrisecável com mutação nos éxons 19 ou 21

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

Substância	Localização	Indicação
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Metotrexato	Cabeça e pescoço	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Sarcoma osteogênico	Sem especificação de fase da doença
	Tumor trofoblástico gestacional	Sem especificação de fase da doença
Mitotano	Córtex suprarrenal	Carcinoma inoperável
Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica acelerada, Ph+ resistentes ou intolerantes a terapia prévia incluindo imatinibe
Pazopanibe	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha
Sorafenibe	Hepatocarcinoma	Em casos irressecáveis
Malato de Sunitinibe	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Tumor estromal gastrointestinal (GIST) após progressão da doença em uso de imatinibe ou intolerância ao imatinibe
	Rim	Irressecável ou metastático em primeira linha

Substância	Localização	Indicação*
Citrato de Tamoxifeno	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em carcinoma de mama com tumores receptor hormonal positivo
Tegafur - Uracil	Cólon-reto	Tratamento de doença adjuvante e tratamento de doença metastática
	Estômago	Tratamento de doença adjuvante e tratamento de doença metastática
Temozolamida	SNC - Sistema Nervoso Central	Glioblastoma multiforme em adjuvância ou doença recidivada
		Glioma maligno, tal como glioblastoma multiforme ou astrocitoma anaplásico, recidivante ou progressivo após terapia padrão
Tioguanina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblástica, mielomonocítica) Aguda	Sem especificação de fase da doença
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Topotecana, Cloridrato de	Pulmão pequenas células	Casos de recaída após falha de quimioterápico de 1ª linha
Tretinoína (ATRA)	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão
Vemurafenibe	Melanoma	Metastático com mutação V600E do gene BRAF, primeira linha
Vinorelbina	Pulmão	Carcinoma de pulmão não de pequenas células
	Mama	Carcinoma de mama

* As informações desta tabela foram transcritas do "ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE" da ANS. Para informações completas sobre cada um dos produtos, verifique a bula dos mesmos nos websites dos fabricantes.



SUS - Sistema Único de Saúde

O acesso à saúde pública é um direito de todos os brasileiros, garantido pela Constituição Federal de 1988, artigo 196. Mesmo tendo um plano de saúde, é possível realizar o tratamento em um centro de referência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como fazer para utilizar o SUS:

- 1- Você deve se cadastrar na Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência. Você vai precisar adquirir o cartão SUS que têm como objetivo fazer a identificação individualizada dos usuários da saúde. Para fazê-lo é simples: basta apresentar o documento de identidade e comprovante de residência em qualquer posto básico de saúde.
- 2- Se precisar de atendimento, é importante que procure primeiro um dos serviços de atenção primária do SUS, como Postos de Saúde, Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF). Para casos de pronto atendimento, que não necessitam de internação ou agendamento, estão disponíveis também as unidades de Atendimento Médico Ambulatorial (AMA).
- 3- Em situações de urgência e emergência, vá ao Pronto Socorro mais próximo de sua residência. Não se esqueça de levar o cartão de usuário SUS.
- 4- Quando houver necessidade, você será encaminhado, pelo médico, para um Hospital Especializado no seu problema, para assim dar início ao processo de tratamento.
- 5- Quando seu tratamento for concluído nos AME's, Ambulatórios de Especialidade, Hospitais Gerais ou nos Hospitais Especializados, você poderá continuar fazendo a manutenção na UBS.

ABRALE - 100% de esforço onde houver 1% de chance

A ABRALE – Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia – é uma organização sem fins lucrativos, criada há mais de uma década por pacientes e familiares. Nossa missão é oferecer ajuda e mobilizar parceiros para que todas as pessoas com câncer do sangue tenham acesso ao melhor tratamento.

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

Educação e informação: congressos nacionais com representantes do governo, profissionais da saúde e pacientes, seminários presenciais e on-line com médicos, campanhas de conscientização, publicações especializadas, encontros com pacientes, revista e oficinas.

Apoio ao paciente: profissionais das áreas jurídica e multiprofissional acolhem o paciente e oferecem os cuidados e as informações necessárias para promover qualidade de vida e dar segurança a quem está enfrentando qualquer tipo de câncer no sangue.

Políticas públicas: nossa equipe, em contato com governos, instituições de tratamento e órgãos públicos, busca colaborar para a discussão e o aprimoramento da saúde no país.

Pesquisa: por meio da coleta, organização e análise de dados, objetivamos mobilizar os governos, instituições e órgãos públicos de saúde em prol das demandas dos pacientes hematológicos, para que seja possível o acesso ao tratamento correto, com agilidade, garantindo sempre a qualidade de vida do paciente.

Conte conosco!

A Abrale oferece atendimento gratuito nacional pelo telefone 0800-773-9973 ou (11) 3149 5190 e pelo e-mail abrale@abrale.org.br

Nossa sede está localizada na Rua Pamplona, 518 – 5º andar, São Paulo/SP. Temos representantes nas principais capitais do país: Belo Horizonte, Curitiba, Florianópolis, Goiânia, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Salvador, Rio de Janeiro e Sul de Minas.

Ligue e cadastre-se para receber nossos materiais e informativos gratuitamente.

Apoio:



Realização:



100% de esforço onde houver 1% de chance

Rua Pamplona 518 - 5º Andar
Jd. Paulista - São Paulo / SP - CEP 01405-000
(11) 3149-5190 - 0800-773-9973
abrale@abrale.org.br
www.abrale.org.br

Planos de Saúde

Saiba como funcionam
no tratamento do câncer