



CARTILHA ABRALE

Direitos das Pessoas com CÂNCER



100% de esforço onde
houver 1% de chance
www.abrale.org.br

EXPEDIENTE

Cartilha Direitos das Pessoas com Câncer

Conteúdo elaborado pelo Departamento Jurídico da Abrale.

IMAGENS E VETORES

Arquivo Abrale e Shutterstock

AGOSTO / 2025

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

Conheça seus direitos

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

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

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

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

Reivindique seus direitos!



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

Art. 196, Constituição Federal Brasileira.





100% de esforço onde houver 1% de chance

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

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

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

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

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

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

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

Mais informações em www.abrale.org.br

Índice

Orientações gerais	pág.06
SEUS DIREITOS	pág.08
Benefício por incapacidade permanente	pág.09
Aposentadoria por invalidez / Aposentadoria por incapacidade permanente	pág.13
Saque do FGTS	pág.16
Saque do PIS/PASEP	pág.18
Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social - BPC - LOAS ..	pág.20
Medicamentos gratuitos	pág.23
Transporte gratuito	pág.24
Tratamento fora do domicílio (TFD)	pág.25
Prioridade na Justiça	pág.26
Quitação do financiamento da casa própria	pág.27
Garantias nos estudos e no trabalho	pág.28
Renda mensal pela previdência privada	pág.29
Seguro de vida	pág.31
Isenção de Imposto de Renda	pág.32
Isenção de IPTU	pág.34
Isenção de IPI	pág.36
Isenção de ICMS	pág.38
Isenção de IOF	pág.40
Isenção de IPVA	pág.41
Liberação do rodízio de automóveis e cartão de deficiente	pág.42
Prioridade de atendimento em estabelecimentos públicos e privados	pág.43
A SAÚDE NO BRASIL	pág.45
Sistema Único de Saúde (SUS)	pág.46
Saúde Suplementar (Planos de Saúde)	pág.48

Orientações gerais

O câncer é uma doença grave que pode conferir direitos especiais aos pacientes?

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

Dados médicos: quem tem acesso a eles?

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

Como guardar a papelada e os resultados de exames?

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

Onde reivindicar meus direitos?

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

E se eu não tiver condições de ir pessoalmente?

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

Ouça uma segunda opinião!

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

A ABRALE pode me ajudar com a parte jurídica?

Claro! Entre em contato sempre que tiver uma dúvida ou precisar de apoio jurídico. Nossos advogados podem ajudá-lo a entender o funcionamento do sistema de saúde brasileiro e a conhecer seus direitos.

Procure nosso departamento jurídico! Ligue para 0800-773-9973 ou (11) 3149-5190 (também é WhatsApp). Se preferir, entre em contato por e-mail, no abrale@abrale.org.br ou agende uma conversa presencial, em nossa sede, por meio destes canais.

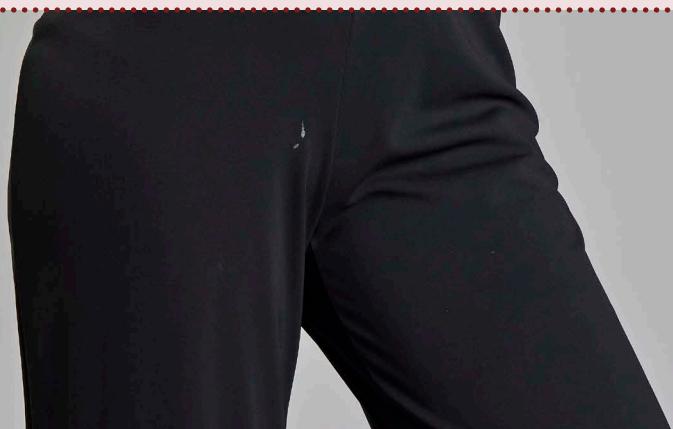




SEUS DIREITOS!

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

Evelyn
Paciente de Leucemia



Benefício por incapacidade temporária

Entenda o benefício por incapacidade temporária, antigamente conhecido como “auxílio-doença”, e quem pode recebê-lo

Ele funciona como uma licença remunerada: você fica afastado do trabalho, fazendo seu tratamento e, mesmo assim, recebe uma remuneração. O benefício é dado aos pacientes com câncer que sejam segurados do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), mesmo àqueles que contribuem de forma autônoma. E saiba que, para ter direito a esse benefício, você não pode ter se filiado ao INSS depois da descoberta da doença pois, neste caso, haverá cobertura somente quando houver o agravamento da doença. Servidores públicos têm regras próprias (peça informações em sua repartição).

Como fazer para receber o auxílio doença?

Há três formas: você pode ir pessoalmente a uma agência da Previdência Social, preencher um requerimento e agendar uma consulta com um médico do INSS (perícia). Pelo aplicativo ou site “Meu INSS”, clique em “Agendar Perícia” e, em seguida, em “Novo Requerimento”. Escolha entre “Perícia Inicial” se for a primeira vez, ou “Perícia de Prorrogação” se já estiver em benefício (o pedido de prorrogação deve ser feito dentro dos 15 últimos dias de vigência do benefício atual). Siga as orientações que aparecem na tela, informando os dados necessários para concluir o seu pedido, e juntando os documentos que forem solicitados.

É nessa consulta que o médico do INSS vai comprovar a doença e liberar o benefício.

E fique atento: se você não aparecer no dia agendado, o pedido será negado. Então, se tiver qualquer imprevisto, remarque a perícia até três dias antes da data agendada – você só tem direito a remarcar uma única vez!

Quando devo dar entrada no pedido?

Se você é funcionário com registro em carteira, dê entrada após 15 dias do afastamento do trabalho por causa da doença (os primeiros 15 dias de falta são pagos pela empresa). Os demais segurados do INSS, incluindo os trabalhadores domésticos e avulsos, precisam pedir o benefício logo na data de início da incapacidade para o trabalho.

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



E se não houver data disponível para o agendamento da perícia médica do INSS em 15 dias?

Nesse caso, faça rapidamente a solicitação do agendamento para a próxima data disponível e guarde o protocolo que comprove o dia em que entrou com o pedido. Aí, sim, você terá direito a pedir os valores retroativos.

Documentos necessários:

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

E se eu não tiver condições de ir até a agência do INSS?

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



Contatos da Previdência Social:

Telefone: 135

(de segunda a sábado, das 7h às 22h)

Site: www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/assuntos/previdencia



Qual é o valor que receberei com o benefício por incapacidade temporária (antigo auxílio-doença)?

O cálculo do auxílio por incapacidade temporária (auxílio-doença) considera todos os seus salários na hora de calcular o benefício, desde julho de 1994, para definir o valor do benefício. Confira, em mais detalhes:

- Passo 1: calcular a média aritmética simples de todos os salários de contribuição, desde julho de 1994 até o dia em que o trabalhador foi afastado do trabalho.
- Passo 2: aplica-se, sobre a média encontrada, o coeficiente de 91%. Caso o valor seja maior do que a média dos 12 últimos salários de contribuição do trabalhador, valerá como valor do benefício essa média mais recente (dos 12 últimos meses).
- Passo 3: pronto! O valor dessa conta é o valor do benefício, que também é referido pelo INSS como a Renda Mensal Inicial, ou RMI (o valor inicial do auxílio-doença) que o trabalhador irá receber. Vale lembrar, também, que esse benefício é isento do Imposto de Renda.

Quando acaba o benefício?

De acordo com a avaliação pericial, o médico do INSS estabelece um prazo que deve ser suficiente para que você esteja recuperado e preparado para voltar ao trabalho.

E se estiver terminando o prazo do afastamento determinado pelo médico e eu sentir que ainda não estou pronto para voltar ao trabalho?

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

Para a avaliação do pedido de prorrogação, é importante a apresentação de atestado médico atualizado, além de novo relatório e dos laudos dos exames mais recentes.

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





Como receber a resposta?

Para receber a resposta do seu processo:

- Entre no Meu INSS.
- Clique na opção “Resultado de Benefício por Incapacidade”.
- Localize seu processo.
- Em caso de dúvidas, ligue para a Central 135.

IMPORTANTE! Se houver mudança de residência, telefone ou e-mail, entre em contato com o INSS para atualizar seus dados pessoais.

O que fazer se o pedido for negado?

Você pode solicitar uma nova consulta com o médico do INSS até 30 dias depois de ter o pedido negado. Você tem direito a esse procedimento uma única vez.

IMPORTANTE! Dicas para evitar que seu benefício seja suspenso

Para evitar dores de cabeça decorrentes da suspensão do seu benefício, seja organizado com toda a sua documentação e não deixe de conferir na central de atendimento telefônico o que aconteceu com o seu benefício ou pedido se não obtiver resposta alguma pelo MEU INSS.



Sempre informe ao órgão qualquer erro que possa ter ocorrido e não deixe de cumprir a sua parte, respondendo à prova de vida anual, fornecendo documentos solicitados e comparecendo à perícia com seus documentos atualizados.

Se ainda tiver dúvidas, não hesite em consultar a Abrale.



Benefício por incapacidade permanente (Aposentadoria por invalidez)

Após a reforma previdenciária de 2019, o nome da aposentadoria por invalidez foi alterado, e passou a ser **benefício por incapacidade permanente**.

O que é o benefício por incapacidade permanente, e quem pode recebê-lo? É um benefício dado ao trabalhador e ao segurado do INSS que, por longo prazo, estiver impossibilitado de trabalhar ou exercer suas atividades habituais, e sem condições de reabilitação para algum outro tipo de atividade de trabalho.

Quem recebe o benefício por incapacidade permanente pode ser reavaliado pelo INSS a cada dois anos – ficam fora dessa obrigatoriedade pessoas com mais de 60 anos ou mais de 55 anos de idade e 15 anos de recebimento do benefício por incapacidade. Funcionários públicos têm regras próprias, então, se for o seu caso, peça informações em sua repartição.

Assim como o benefício por incapacidade temporária (auxílio-doença), é uma remuneração dada ao trabalhador segurado do INSS que precise ficar afastado por longo prazo. A diferença é que o “auxílio-doença” é temporário, com data para acabar, enquanto a aposentadoria por incapacidade permanente, como o próprio nome diz, deve ser permanente. Mesmo assim, como vimos acima, o benefício é reavaliado pelo INSS a cada dois anos, podendo haver o encerramento do benefício, caso o paciente volte a ter condições de trabalhar.

Pacientes com câncer, segurados do INSS, podem solicitar o benefício – você só não terá direito caso tenha se fizer a filiação ao INSS após o diagnóstico da doença, pois, nesse caso, a doença será considerada como pré-existente ao momento do pedido do benefício (seria uma situação parecida com a contratação do seguro de um veículo depois de ele ser roubado, pedindo que a seguradora faça a indenização).

ATENÇÃO! O direito a essa modalidade de benefício enquanto a sua incapacidade persistir de forma total e permanente para o trabalho, e caso o segurado volte a trabalhar, mesmo que informalmente, o benefício pode ser encerrado pelo INSS. O fim do benefício também ocorrer quando o segurado falecer, podendo haver, nesse caso, a concessão de pensão aos seus beneficiários legais.

Como fazer para receber o benefício por incapacidade permanente? Inicialmente você deve pedir o benefício temporário (veja no tópico anterior todas as informações). No momento da perícia com o médico do INSS, pode haver a constatação da falta de condições para o trabalho por longo prazo, e sem condições de reabilitação, poderá ser concedido o benefício de incapacidade permanente.

ATENÇÃO! A comprovação da incapacidade não deve estar restrita à execução das atividades atuais do trabalhador. Ele precisa comprovar também que não pode ser reabilitado para outra função. Ou seja, o segurado incapacitado não pode ser reabilitado em outra função, o que significa que ele não consegue exercer nenhum tipo de atividade laborativa.

Qual é o valor do benefício por incapacidade permanente?

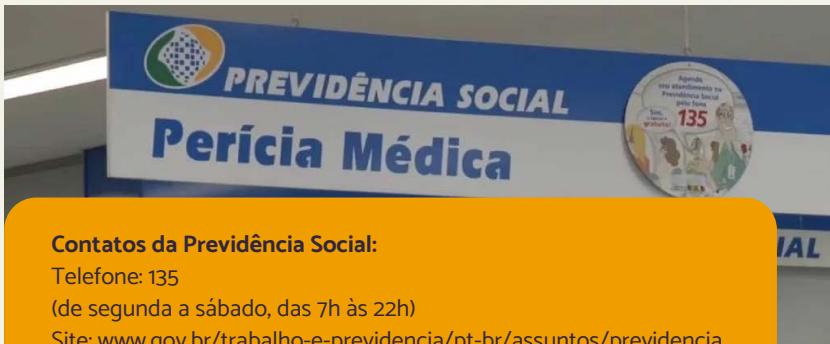
O valor do benefício vai depender de quando ocorreu a sua incapacidade. Quem já contribuía para o INSS antes da Reforma (13/11/2019), e preencheu os requisitos da aposentadoria por invalidez, tem o direito adquirido. Dessa forma, é utilizado o cálculo antigo, que é basicamente a média dos 80% maiores salários recebidos durante toda a vida profissional. Isso significa que os 20% menores salários são excluídos, o que favorece um valor mais alto de Salário Benefício.

Agora, se a sua incapacidade ocorreu a partir de 13/11/2019, isto é, após a Reforma, o cálculo ficou menos vantajoso. Isto porque, com a nova regra, é feita a média de todos os salários do contribuinte a partir de 1994 ou desde o início das contribuições (sem exclusão dos 20% menores). Além disso, o benefício é calculado com base em 60% dessa média + 2% ao ano que exceder 20 anos de tempo de contribuição para os homens ou 15 anos para as mulheres.

Se eu precisar da ajuda de outra pessoa diariamente, esse benefício aumenta?

O adicional de 25% pode ser solicitado quando você precisa de uma assistência permanente de outra pessoa (seja um parente ou um cuidador profissional) para realizar as atividades diárias (tais como banho, alimentação e higiene).





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

O INSS prevê algumas situações como causa do recebimento do adicional de 25% para o benefício de incapacidade permanente. São elas:

- Cegueira total.
- Perda de no mínimo nove dedos das mãos.
- Paralisia dos dois membros superiores ou inferiores.
- Perda dos membros inferiores, acima dos pés, quando a prótese for impossível.
- Perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível.
- Perda de um membro superior e outro inferior, quando a prótese for impossível.
- Alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social.
- Doença que exija permanência contínua no leito.
- Incapacidade permanente para as atividades da vida diária.

Apesar do INSS delimitar o acréscimo aos casos citados, nada impede ao segurado faça o pedido do adicional, por outro motivo que demande a assistência permanente. Se negado, poderá ser discutido judicialmente o seu direito ao adicional de 25%.

Quando começo a receber o benefício por incapacidade permanente?

Há duas situações: a mais comum é o benefício temporário se transformar em benefício permanente (quando o médico entende que você não poderá mais voltar ao trabalho, por longo prazo). Nesse caso, o benefício temporário é encerrado e o benefício permanente começa a valer no dia seguinte. A outra situação ocorre quando a perícia médica do INSS, logo no primeiro pedido de benefício, já constatar a incapacidade permanente para o trabalho. Nesse caso, o pagamento se inicia a partir do 16º dia de afastamento (ou da data de entrada do pedido).

O que fazer se o benefício for negado? Você pode apresentar um recurso ao INSS, no prazo de até 30 dias depois de ter o pedido negado. Esse recurso pode ser apresentado uma única vez. E se ainda assim não conseguir o benefício, você pode entrar com uma ação na Justiça. Para saber como fazer isso, consulte o apoio jurídico da ABRALE.

Saque do FGTS

O que é o FGTS?

É uma soma de depósitos mensais que sua empresa é obrigada a fazer em seu nome – o valor correspondente a 8% do seu salário e é corrigido anualmente. Todos os trabalhadores que têm carteira assinada, registrados em regime de CLT, têm uma conta bancária vinculada ao seu contrato de trabalho, que é aberta automaticamente, na Caixa Econômica Federal.

Eu posso sacar o FGTS?

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

É importante lembrar que o titular da conta poderá efetuar o saque quantas vezes for necessário, sempre que houver saldo e persistir o diagnóstico.

Onde faço a solicitação?

O paciente poderá solicitar o saque do FGTS através do APP FGTS ou em uma Agência da Caixa. Para encontrar a agência mais próxima, acesse <https://www.caixa.gov.br/atendimento/Paginas/encontre-a-caixa.aspx> ou ligue para 0800-7260207 (de segunda a sexta-feira, das 8h às 22h; aos sábados, das 10h às 16h).



Documentos necessários para o saque:

- Seu documento de identificação com foto
- Sua carteira de trabalho
- Número de inscrição PIS/PASEP/NIS
- Formulário “Relatório Médico de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS”, com validade não superior a 1 (um) ano contado de sua expedição, firmado com assinatura sobre carimbo e CRM/UF do médico assistente responsável pelo tratamento. Formulário disponível em: <https://www.caixa.gov.br/Downloads/fgts-manuais-e-cartilhas-operacionais/FGTS-Relatorio-Medico-de-Doencas-Graves-para-Solicitacao-de-Saque-do-FGTS.pdf>
- Cópia dos exames médicos e de seus respectivos laudos e/ou dados clínicos que tenham sido informados no formulário “Relatório Médico de Doenças Graves para Solicitação de Saque do FGTS”;
- Em caso de dependente acometido por doença grave, deve ser apresentado também:
- Documento de comprovação da dependência;
- Documento de identificação do dependente.

Em quanto tempo terei o dinheiro disponível para o saque?

A Perícia Médica Federal tem um prazo de 30 dias úteis para analisar os documentos e emitir seu parecer final sobre a situação de saúde do trabalhador. Após a aprovação da perícia médica, o dinheiro estará disponível em até cinco dias úteis.

E se o benefício for negado?

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

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

Saque do PIS/PASEP

O que é o PIS/PASEP ?

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

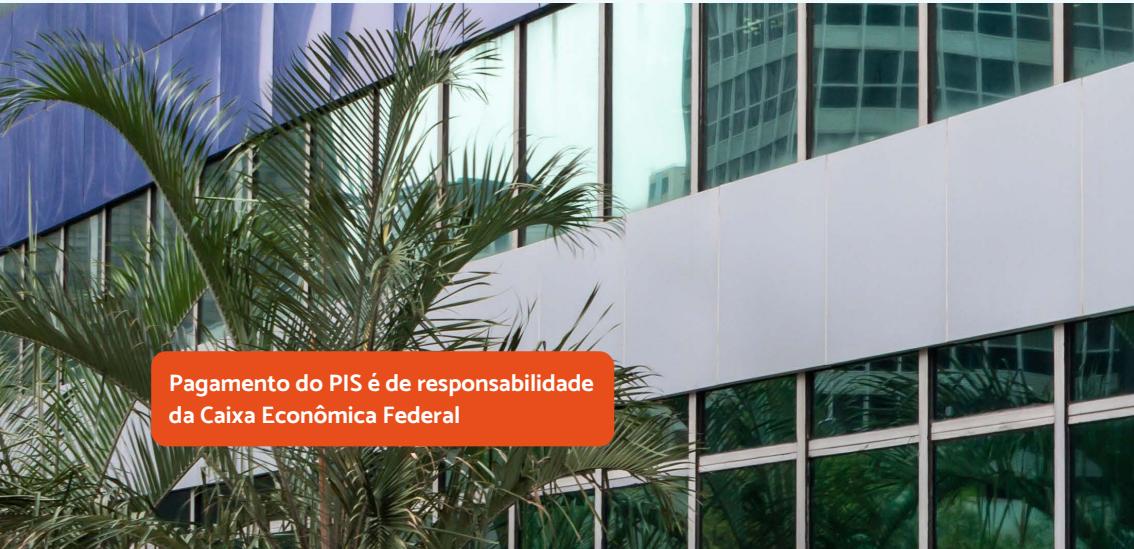
Eu posso sacar?

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

Onde faço a solicitação?

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

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



**Pagamento do PIS é de responsabilidade
da Caixa Econômica Federal**

Documentos necessários para o saque:

- Seu RG
- Seu CPF
- Cartão de inscrição no PIS/PASEP ou carteira de trabalho
- Um atestado médico com validade de até 30 dias, com assinatura sobre carimbo e CRM do médico responsável pelo tratamento e que contenha o diagnóstico, estágio clínico atual da doença e do paciente, indicando que o paciente está em fase sintomática. O médico não pode deixar de incluir o número do CID (Classificação Internacional de Doenças) e uma menção à Resolução de nº01 de 15/10/1996, do Conselho Diretor do Fundo de Participação PIS/PASEP.
- Cópia do exame que comprove o diagnóstico
- No caso de saque pelo titular responsável por um dependente doente, é preciso levar um comprovante de dependência

Em quanto tempo terei o dinheiro disponível para o saque?

O prazo é de cinco dias úteis contados a partir da data de solicitação.

E se o benefício for negado injustamente?

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



Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC-LOAS)

O que é o BPC-LOAS?

É o direito da pessoa com alguma deficiência, ou aos idosos, de receber um salário mínimo mensal, desde que comprove não possuir meios de prover seu sustento e o da família. Atualmente, para ter direito ao BPC, a renda familiar per capita de quem solicita o benefício deve ser inferior a um quarto do salário mínimo, ou seja, R\$ 355,00. Em casos excepcionais, a renda por pessoa na família pode chegar a meio salário mínimo, ou seja, R\$ 710,00, para que o benefício seja devido.

Para o caso dos pacientes com câncer, será avaliado o grau de deficiência, além do comprometimento do orçamento familiar com gastos médicos, tratamentos de saúde, fraldas, alimentos especiais e medicamentos não disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ou com serviços não prestados pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O benefício é mensal, pago pelo INSS, e não é necessário ter contribuído para a Previdência.

Pacientes com câncer têm direito ao benefício de Prestação Continuada?

Depende da avaliação pericial que será feita pelo INSS, que inclui tanto a avaliação médica, como a avaliação financeira e social – um profissional do INSS (perito) deverá ir até a sua casa para comprovar a situação econômica. Além disso, você não pode receber nenhum outro benefício, cumulativamente (caso receba o Bolsa-Família, por exemplo, ele poderá ser substituído pelo BPC-LOAS).

Onde requerer?

O requerimento do BPC é realizado nas Agências da Previdência Social (APS) ou pelos canais de atendimento do INSS. O telefone é o 135 – ligação gratuita de aparelhos fixos – ou pelo site e aplicativo de celular “Meu INSS”.

Você também deve procurar o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) mais perto de sua casa, para providenciar o registro ou atualização do **CadÚnico**.

CadÚnico - A inscrição no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico – passou a ser requisito obrigatório para a concessão do benefício. O cadastramento deve ser realizado antes da apresentação de requerimento ao INSS.

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

Quais documentos são necessários?

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





Medicamentos gratuitos

O governo fornece remédios para tratamento do câncer de forma gratuita?

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

Qualquer paciente, independentemente da sua condição social, tem esse direito?

Sim, a nossa Constituição assegura o direito à saúde para todos de forma igualitária.

Onde fazer a solicitação?

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

E se faltar medicamento?

Infelizmente, isso pode acontecer. O primeiro passo é entrar em contato com a Ouvidoria e até mesmo nas Secretarias de Saúde do seu Estado ou Município. Você também pode falar com os assistentes sociais do próprio local de atendimento. Se mesmo assim não conseguir o medicamento, ligue para ABRALE que podemos ajudá-lo a buscar a solução do problema de um jeito mais rápido.



Transporte gratuito

Eu tenho direito ao transporte coletivo gratuito?

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



Meu acompanhante também tem direito à isenção?

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

Tratamento Fora do Domicílio (TFD)

Terei alguma ajuda se precisar fazer o tratamento em um local distante?

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

Quais são os valores oferecidos para Tratamento Fora do Domicílio?

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

Como conseguir o benefício?

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

E se o meu pedido de TFD for negado?

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



**REIVINDIQUE SEUS
DIREITOS**

Prioridade na Justiça

O que significa o benefício de prioridade em processos judiciais e administrativos?

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

Como obter esse direito?

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

Há prioridade para o recebimento de precatórios?

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

Como pedir prioridade no recebimento de precatórios?

É preciso fazer o pedido ao presidente do Tribunal de Justiça de seu município, apresentando seu histórico da doença – um relatório médico, laudos e exames.



Quitação do financiamento da casa própria



O que é o direito à quitação do financiamento da casa própria?

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



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

Eu tenho direito a esse benefício?

Somente se você tiver esta cláusula de seguro no contrato e se encontrar na condição de incapacidade por invalidez.

Como solicitar?

Você deve procurar o banco no qual fez o financiamento (ou a Cohab ou a Caixa, dependendo do seu caso) e ele encaminhará o pedido à seguradora. Você deve apresentar os seguintes documentos:

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

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

Garantias nos estudos e no trabalho

Alunos com câncer que não possam comparecer à escola ou universidade diariamente têm alguma alternativa para continuar estudando?

Sim! Se o estudante não tiver condições de ir às aulas com frequência deverá compensar as faltas com exercícios feitos em casa, com o devido acompanhamento da escola. Isso vale para alunos de qualquer nível de ensino. Para tanto, é preciso apresentar um atestado médico à instituição.

E se a escola se recusar a oferecer o acompanhamento para compensar as faltas?

Como se trata de um decreto-lei, é possível acionar a Justiça. Mas, antes, entre em contato com o apoio jurídico da ABRALE. Nossos advogados podem ajudá-lo nessa conversa com a escola para resolver a questão.

Trabalhadores com câncer têm algum tipo de garantia de estabilidade no trabalho?

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

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



Renda mensal pela previdência privada

O que é a previdência privada?

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



Pacientes com câncer podem solicitar o pagamento mensal da previdência privada antecipadamente?

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

Como fazer o pedido?

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



Seguro de vida

O que é seguro de vida?

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

Pacientes com câncer têm direito a alguma indenização do seguro de vida?

Normalmente, há uma cláusula no contrato que garante indenização apenas aos pacientes que estejam em condições de invalidez. Se o câncer provocar a invalidez, é possível solicitar o benefício.

Como fazer o pedido?

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

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



Isenção de Imposto de Renda sobre a Aposentadoria ou Pensão

O que é o Imposto de Renda?

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

Eu tenho direito à isenção do Imposto de Renda?

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

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

Como fazer para receber esse benefício?

Você deve procurar a instituição responsável pelo seu pagamento de aposentadoria, pensão ou reforma (na maioria dos casos é a Previdência Social). Aí, será preciso passar por uma consulta com médico do local (vinculado ao SUS) para que ele comprove a doença e emita o formulário a ser usado no pedido.

Quando devo dar entrada no pedido?

Assim que descobrir a doença você já pode dar entrada. Mas fique tranquilo, pois se você demorar é possível conseguir a restituição do imposto retroativo desde o diagnóstico (limite de cinco anos).



Documentos necessários:

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

Quando passa a valer o benefício?

Assim que a isenção é aprovada, a fonte pagadora automaticamente deixa de descontar o Imposto de Renda.

E se o benefício for negado injustamente?

Recorra à Justiça! Se precisar de ajuda nesse momento, entre em contato com a ABRALE.

Contato da Receita Federal:

Site: www.receita.fazenda.gov.br



Isenção do IPTU

O que é o IPTU?

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

Pacientes com câncer têm direito à isenção de IPTU?

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

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





Compra de carro adaptado

Isenção de IPI

O que é o IPI?

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

Eu tenho direito à isenção do IPI?

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

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

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

Como solicitar o benefício?

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

Documentos necessários para a solicitação:

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

Poderei vender o carro que comprar com isenção de IPI?

Sim, você pode vendê-lo a qualquer pessoa, mas somente depois de dois anos. E o benefício pode ser usado novamente na compra dos seus próximos carros, de dois em dois anos, repetindo-se todo o processo.



Isenção de ICMS



O que é o ICMS?

O ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias) é um tributo estadual que também é cobrado sobre a venda de automóveis. Cada Estado estipula seu valor e critérios para isenção.

Eu tenho direito à isenção do ICMS?

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

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

Como solicitar o benefício?

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

Documentos necessários para a solicitação:

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

Há um limite em relação ao preço do carro?

Sim, para ter isenção do ICMS (seja total ou parcial), o valor do veículo não pode ultrapassar R\$ 100 mil*.

A isenção total do imposto está limitada ao valor de R\$ 70 mil. Porém, se o paciente quiser um automóvel que custe acima de R\$ 70 mil e que não ultrapasse R\$ 100 mil, ele pagará um imposto proporcional que será calculado com base na diferença entre o valor do automóvel requerido e o valor R\$ 70 mil.

Poderei vender o carro que comprar com isenção de ICMS?

Sim, você pode vendê-lo a qualquer pessoa, mas somente após o período estipulado pela Secretaria da Fazenda de seu Estado. No caso de São Paulo o prazo é de quatro anos. E o benefício pode ser usado novamente na compra dos seus próximos carros, repetindo-se todo o processo, após o prazo estipulado pela lei de ICMS válida em seu Estado.

Só têm direito os pacientes com câncer que ficaram com alguma sequela em membros superiores ou inferiores



*Válido para o Estado de São Paulo. Em outras regiões precisará verificar o valor.

Isenção de IOF

O que é IOF?

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

Eu tenho direito à isenção de IOF na compra do carro?

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

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

Poderei vender o carro que comprar com isenção de IOF?

Sim, você pode vendê-lo a qualquer pessoa, mas somente após três anos. E o benefício só pode ser usado uma vez.

Como solicitar o benefício?

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



Isenção do IPVA

O que é o IPVA?

É o Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores pago anualmente pelo proprietário do carro.

Eu tenho direito à isenção do IPVA?

A legislação varia em cada Estado, mas a maioria isenta o deficiente físico de pagar o IPVA sobre veículos de fabricação nacional, assim como os pacientes com câncer que ficaram com sequelas em membros superiores ou inferiores consideradas como graves ou severas. Em São Paulo há isenção total para veículos de até R\$ 70.000,00.

As concessionárias e revendedoras de veículos costumam orientar seus clientes quanto à possibilidade de usufruir do benefício tributário e de como proceder para concessão da isenção.

Onde fazer a solicitação?

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

E se eu demorar anos a pedir a isenção, posso pedir de volta os valores pagos anteriormente?

Sim! Você pode solicitar a restituição dos valores referentes à data do diagnóstico comprovado da doença (limite de cinco anos).



Liberação do rodízio de automóveis e cartão de deficiente

Pacientes com câncer podem circular de carro pela cidade em dia de rodízio?

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

Como fazer o pedido da liberação do rodízio?

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

Endereço de entrega em São Paulo:

DSV/Autorizações especiais – Rua Sumidouro, 760, Pinheiros, São Paulo, SP.

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

Dúvidas, ligue para (11) 3812-3281.



Pacientes com câncer têm direito a estacionar em vaga de deficiente?

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



Como pedir o cartão?

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

Prioridade de atendimento em estabelecimentos públicos, as agências bancárias, em estabelecimentos comerciais e em estabelecimentos privados.

Pacientes em tratamento oncológico têm direito a atendimento prioritário nos estabelecimentos públicos estaduais, as agências bancárias, os estabelecimentos comerciais e os estabelecimentos privados de prestação de serviço de qualquer

natureza prestarão, durante todo o horário de funcionamento.

Os estabelecimentos que operam por meio de sistema de filas e caixas deverão disponibilizar caixa ou guichê específico para prestar o atendimento prioritário aos pacientes em tratamento de câncer.

Para receber o atendimento prioritário, o paciente deverá estar munido de declaração médica que ateste a sua condição.

Fundamentação Legal: Lei nº 14.238/2021 (Estatuto da Pessoa com Câncer) e Lei Estadual (SP) nº 17.335/2021.





Samantha
Paciente de Linfoma

A SAÚDE NO BRASIL.

Entenda como funcionam os
sistemas públicos e privados

Sistema Único de Saúde (SUS)

O que é o SUS?

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



Qual órgão é responsável pelo SUS?

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

Como faço para usar?

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

Lei dos 30 dias

Infelizmente muitas vezes há uma longa espera. O problema maior costuma ser a demora na realização dos exames que dão o diagnóstico da doença. Desde abril de 2020, vigora a chamada Lei dos 30 dias, que estabelece que os exames necessários para a confirmação do diagnóstico de câncer sejam realizados no SUS no prazo máximo de um mês. Por isso, tente agendá-los o mais rápido possível e saiba que assim que você tiver o resultado com o diagnóstico do câncer em mãos, poderá contar com outra lei. Desde maio de 2013, o paciente com câncer tem o direito de iniciar o tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS) no prazo máximo de, 60 dias, após o diagnóstico da doença, que obriga o início do tratamento em até 60 dias: é a chamada Lei dos 60 dias.

Quem eu devo procurar em caso de descumprimento da Lei dos 30 e 60 dias? Se esses prazos não forem respeitados, procure a ouvidoria da unidade de saúde onde está sendo atendido, a Secretaria de Saúde e comunique o fato ao Ministério Público da sua região. Se não der certo, entre em contato com a ABRALE. O jurídico entrará em contato com a unidade e até mesmo com o Ministério da Saúde para ajudá-lo a fazer valer esse direito. Em último caso, é possível ação na Justiça.

Tenho direito à cirurgia de reconstrução mamária pelo SUS?

Sim, todas as mulheres que tiraram total ou parcialmente a mama para o tratamento de um câncer têm direito à cirurgia plástica reparadora da mama. A legislação assegura, ainda, o direito à cirurgia de simetriação da mama contralateral e de reconstrução do complexo areolo-mamilar. Se você estiver em tratamento, exija o agendamento da cirurgia no mesmo local. Se já não estiver mais em tratamento, vá a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para solicitar que seja encaminhada a uma unidade especializada.

Atenção! O momento da reconstrução mamária será avaliado e definido pelo médico cirurgião, de acordo com o tipo e estágio do câncer, e também das características de cada paciente. Assim, é fundamental conversar com o médico antes da cirurgia.



Contato do Disque Saúde:

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

Planos de saúde

O que é plano de saúde?

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

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

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

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

Qual órgão é responsável por cuidar dos planos de saúde?

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

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

Novo - Quando o contrato com a operadora foi realizado após 2 de janeiro de 1999 (vigência da Lei nº 9.656/1998). Este plano é obrigado a cobrir o tratamento para todas as doenças listadas na CID (Classificação Internacional de Doenças). Ele também está sujeito à fiscalização da ANS, Leis dos Planos de Saúde e Código de Defesa do Consumidor.

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

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

Quais os tipos de cobertura existentes nos planos de saúde?

Plano ambulatorial - Compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas. Cobre também atendimentos e procedimentos ditos como urgentes e de emergência, até as primeiras 12 horas. **Importante!** Internações não estão inclusas.

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

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

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

Plano referência - Instituído pela Lei nº 9.656/98, o plano Referência engloba assistência médica-ambulatorial e hospitalar com obstetrícia e acomodação em enfermaria. Sua cobertura assistencial também foi estabelecida pela Lei, devendo o atendimento de urgência e emergência ser integral após as 24 horas da sua contratação.

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



Fique de olho

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

Há carência para quem muda de plano?

Não há carência para quem mudar de plano, quando o beneficiário já a cumpriu no plano anterior e se os dois forem da mesma faixa de preço (portabilidade de carências). A portabilidade de carências é um direito garantido a todos os beneficiários de planos de saúde contratados a partir de 02/01/1999, independentemente do tipo de contratação do plano, que cumpram os requisitos mínimos para solicitar a portabilidade de carências, de acordo com as regras dispostas na Resolução Normativa nº 438/2018. Mas quando o beneficiário decide trocar de plano na mesma operadora ou em uma operadora diferente, 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 atento ao prazo de carência
do seu plano de saúde**



Fique de olho

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

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

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

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

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



Quais são os limites para consultas e exames?

Não pode haver limitação de cobertura para consultas médicas e fisioterápicas, exames e número de dias em internações, mesmo em leitos de alta tecnologia (UTI/CTI) para planos novos ou adaptados. Nesse sentido, não há mais limitação para as sessões de psicoterapia, terapia ocupacional, nutrição e fonoaudiologia.



Fique de olho

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

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

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

O aposentado ou o ex-funcionário dispensado ou demitido sem justa causa, que contribuíam com uma porcentagem para o pagamento do plano de saúde, podem mantê-lo com as mesmas condições de cobertura, desde que paguem integralmente por ele. Vale ressaltar que o valor será pago para a empresa e não para o plano de saúde, e que a extensão da vigência varia, em cada caso, podendo chegar a 24 meses.

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 podem 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 poderá permanecer no plano de saúde por um terço do tempo em que contribuiu com o plano, respeitando o limite mínimo de seis meses e máximo de 24 meses.
- No encerramento do prazo, ou a qualquer momento, o ex-empregado poderá mudar de plano sem necessidade de cumprir novos prazos de carência, fazendo a portabilidade para plano individual, familiar ou coletivo por adesão.

Fique de olho

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



Quais são os prazos máximos para atendimento?

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



Fique de olho

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

Que procedimentos os planos são obrigados a cobrir?

A lista com os procedimentos obrigatórios mínimos, no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2021, está disponível na internet, no site da ANS: www.ans.gov.br



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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, pode ser 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 395 de 14 de janeiro de 2016, em seu art. 10, §1º.

É proibida a negativa de cobertura para os casos de urgência e emergência, respeitada a legislação em vigor.

O art. 8º daquela mesma Resolução define que, as operadoras de planos privados de assistência à saúde deverão fornecer número de protocolo gerado por seus serviços de atendimento ao consumidor.

A quem recorrer em caso de negativa?

Você pode fazer uma reclamação no site da 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 site (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 rapidamente, determinando a cobertura desde o início do processo.

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 familiar 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, no Juizado**

Se você tiver qualquer dúvida sobre o que fazer, o apoio jurídico 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, inclusive podendo haver a prescrição de exames e medicamentos por outros profissionais, não credenciados ao plano de saúde, de acordo com a Resolução nº 8 do CONSU (Conselho de Saúde Suplementar).

Na busca de opinião de especialista não credenciado, os custos relacionados à consulta devem ser pagos pelo paciente, podendo haver reembolso, se acordo com o contrato.

Veja a lista de medicamentos orais aprovados nos planos de saúde.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Acalabrutinibe	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Pacientes adultos com Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) em primeira linha.
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Pacientes adultos com Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) recidivada ou refratária.
	Linfoma de Células do Manto (LCM)	Pacientes adultos com linfoma de células do manto (LCM) recidivado ou refratário.
Asciminibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Adultos com leucemia mieloide crônica cromossomo Philadelphia positivo (LMC Ph+) em fase crônica (FC), previamente tratados com dois ou mais inibidores da tirosina quinase (ITQ).
Bussulfano	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.
Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação de fase da doença.
	Linfomas	Sem especificação de fase da doença.
	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença.
Citrato de ixazomibe	Mieloma Múltiplo	Em combinação com Lenalidomida e Dexametasona, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que receberam pelo menos um tratamento anterior.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
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 (Linfooblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior. Fases crônica, acelerada ou blástica mieloide/linfóide com resistência ou intolerância ao tratamento anterior incluindo imatinibe.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Tratamento do carcinoma de células renais (CCR) avançado em adultos após tratamento prévio com inibidor do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF).
Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas.
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
Fludarabina	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Tumores de células B.
Gilteritinibe, Hemifumarato de	Leucemia Mielóide Aguda (LMA)	Em monoterapia para o tratamento de pacientes adultos com leucemia mieloide aguda (LMA) recidivada ou refratária com mutação no gene FLT3 (tirosina quinase 3 semelhante à FMS).
Hidroxiuréia	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Fase crônica.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Ibrutinibe	Leucemia linfocítica crônica (LLC)/Linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC)	Em combinação com venetoclax, para o tratamento de pacientes adultos com Leucemia Linfocítica Crônica/Linfoma Linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC), em primeira linha.
	Leucemia linfocítica crônica (LLC)/ Linfoma linfocítico de pequenas células (LLPC)	Tratamento de pacientes que apresentam leucemia linfocítica crônica/linfoma linfocítico de pequenas células (LLC/LLPC).
	Linfoma de células do manto (LCM)	Tratamento do linfoma de células do manto em pacientes que receberam no mínimo um tratamento anterior contendo rituximabe.
Imatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfooblástica) 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.
Lenalidomida	Mieloma Múltiplo	Em combinação com Dexametasona, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo refratário recidivado (MMRR) que receberam ao menos um esquema prévio de tratamento.
	Mieloma Múltiplo	Em monoterapia para o tratamento de manutenção de pacientes com mieloma múltiplo recém-diagnosticado que foram submetidos a transplante autólogo de células-tronco.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
	Mieloma Múltiplo	<p>Em terapia combinada*, para o tratamento de pacientes com mieloma múltiplo que não receberam tratamento prévio e não são elegíveis a transplante.</p> <p>*Lenalidomida em combinação com Dexametasona (Rd); Lenalidomida em combinação com Melfalano e Prednisona seguida por tratamento de manutenção com Lenalidomida (MPR+R); Lenalidomida em combinação com Bortezomibe e Dexametasona (RVd).</p>
	Linfoma Folicular	Em combinação com rituximabe, para tratamento de pacientes com linfoma folicular previamente tratados
	Síndrome Mielodisplásica	Tratamento de pacientes com anemia dependente de transfusões decorrente de síndrome mielodisplásica de risco baixo ou intermediário-1, associada à anormalidade citogenética de deleção 5q, com ou sem anormalidades citogenéticas adicionais.
Melfalano	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença.
Mercaptopurina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfooblástica) Aguda	Indução da remissão e manutenção.
	LMA - Leucemia Mielóide (mielocítica, mielógena, mieloblastica, mielomonocítica) Aguda	Indução da remissão e manutenção.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Metotrexato	Linfoma não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença.
	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfooblástica) Aguda	Sem especificação de fase da doença.
Midostaurina	LMA - Leucemia mielóide aguda	Em combinação com quimioterapia em primeira linha para pacientes com mutação de FLT3.
Nilotinibe	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Adultos com leucemia mieloide crônica cromossomo Philadelphia positivo (LMC Ph+) em fase crônica (FC) ou em fase acelerada após falha ou intolerância a pelo menos uma terapia prévia, incluindo Imatinibe.
	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Adultos com leucemia mieloide crônica cromossomo Philadelphia positivo (LMC Ph+) em fase crônica recém-diagnosticada, com escore sokal de alto risco.
Pomalidomida	Mieloma Múltiplo	Em combinação com Bortezomibe e Dexametasona, para o tratamento de pacientes com Mieloma Múltiplo recidivado refratário, após pelo menos uma terapia anterior, incluindo Lenalidomida.
Ruxolitinibe	Mielofibrose	Pacientes com mielofibrose de risco intermediário ou alto, incluindo mielofibrose primária, mielofibrose pós-policitemia vera ou mielofibrose pós-trombocitemia essencial.

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Tioguanina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfooblástica) 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.
Tretinoína (ATRA)	Leucemia Promielocítica	Indução de remissão.
Venetoclax	LMA - Leucemia mielóide aguda	Em combinação com um Agente hipometilante ou em combinação com Citarabina em baixa dose, para o tratamento de pacientes recém-diagnosticados com LMA e que são inelegíveis para quimioterapia intensiva.
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Em combinação com Rituximabe, para o tratamento da leucemia linfocítica crônica (LLC) em pacientes que tenham recebido pelo menos uma terapia prévia.
	LLC - Leucemia Linfocítica Crônica	Em combinação com obinutuzumabe, para pacientes adultos com Leucemia Linfocítica Crônica (LLC) em primeira linha de tratamento.
Zanubrutinibe	Linfoma de Células do Manto (LCM)	Pacientes adultos com linfoma de células do manto (LCM) recidivado ou refratário.



**Ajude-nos a dar
continuidade à esse
importante trabalho!**

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE CÂNCER DO SANGUE
100% de esforço onde houver 1% de chance.

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











TODOS
JUNTOS CONTRA
OCÂNCER



www.abrale.org.br

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