

Cartilha com dicas e orientações sobre a contratação de planos de saúde e rol de procedimentos obrigatórios.

## **DEFINIÇÕES:**

**Operadoras de planos de saúde:** são empresas legalmente constituídas e com registro na ANS autorizadas a comercializar planos de saúde.

**Planos coletivo por adesão:** São planos contratados por empresas, associações ou sindicatos para atender a determinada categoria.

Nos planos coletivos contratados por associações e sindicatos, é comum o consumidor custear a mensalidade integralmente.

Nos planos coletivos contratados por empregador, o custeio pelo consumidor depende do que for ajustado entre empregador e empregado.

**Plano individual:** Plano contratado por pessoa física com a operadora de planos de saúde.

**Plano familiar:** Plano contratado por pessoa física para si e para a família com a operadora de planos de saúde.

**Lei dos Planos de saúde:** Lei Federal nº 9.656/98.

**ANS:** Agência Nacional de Saúde Suplementar

**Portabilidade de carências:** É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de

cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999 (ANS).

**Rol de procedimentos obrigatórios:** constitui a cobertura mínima obrigatória para os beneficiários de planos de saúde adaptados à Lei 9.656/98 ou contratados a partir de 2/01/1999.

## PLANOS DE SAÚDE

### Dicas gerais de contratação:

- Pesquise preços e condições antes de contratar qualquer plano de saúde;
- Verifique se o plano tem registro na ANS. [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br);
- Observe se é plano individual, familiar ou coletivo. Para os planos coletivos não há determinação regulamentada pela ANS de índice de reajuste, ou seja, a associação ou empresa é livre para fixar com a operadora do plano de saúde o percentual de aumento;

**IMPORTANTE:** Todos os planos de saúde são reajustáveis na data de aniversário do contrato ou mudança de faixa etária.

Pessoas com mais de 60 anos não podem sofrer reajustes por faixa etária, mas estão sujeitas ao reajuste anual.

- Observe as segmentações ofertadas (se ambulatorial, hospitalar com e sem obstetrícia, odontológico e plano referência);
- Verifique o tipo de acomodação e a área geográfica de cobertura do plano;
- Verifique o período de carência ofertado para consultas, exames, partos e cirurgias;
- Doenças preexistentes têm período de carência maior (24 meses);
- Verifique o prazo de cobertura para recém nascidos;

**Atenção:** Se a mãe possui o plano com obstetrícia a criança ao nascer tem atendimento garantido até o 30º dia do nascimento, data limite para ser inscrito como dependente.

E se o plano do titular ainda estiver em cumprimento de carência, o recém-nascido aproveitará o tempo de carência já cumprido pelos pais ou representantes legais.

Compare o tipo de plano ofertado, os valores, a rede credenciada e a área geográfica;

- Verifique no PROCON de sua cidade se o plano a ser contratado possui reclamações formalizadas contra ele;
- Leia integralmente o contrato;
- Se tiver dúvidas antes de assinar, peça uma via do contrato e procure os órgãos de proteção ao crédito para se orientar;

- Não assine contrato em branco;
- Ao assinar um contrato, peça uma via de tudo o que assinou;
- A carteirinha do plano de saúde deve conter o nome do usuário, da prestadora, número de registro da empresa na ANS e o nome e/ou número do plano de saúde contratado;
- Planos de saúde contratados antes de 1999 poderão ou não estar adaptados às novas coberturas. A adaptação incorre em novas obrigações e custos;

**Atenção:** Antes de realizar a adaptação do seu plano antigo compare os benefícios oferecidos por seu plano atual e pelo plano a ser contratado. Alguns planos antigos e não adaptados à Lei 9.656/98 podem ser mais vantajosos que os adaptados.

- Planos novos e adaptados estão sujeitos ao cumprimento do rol de procedimentos obrigatórios da ANS.

### **Coberturas:**

Atualmente, no Brasil é possível contratar o 'plano referência' com cobertura integral ou segmentada, que pode ser dividida em ambulatorial, hospitalar e hospitalar com obstetrícia ou odontológico.

**Atenção:** Antes de contratar, pesquise as coberturas oferecidas pelo plano e veja quais atendem a sua necessidade e tem melhor custo-benefício.

Dentre as coberturas oferecidas pelas operadoras de planos de saúde, os mais usuais são:

### **Plano Ambulatorial:**

- ✚ Consultas em número ilimitado em consultório e ambulatório médico;
- ✚ Exames complementares e outros procedimentos realizados em ambulatórios, consultórios e clínicas;
- ✚ Atendimentos e procedimentos de urgência e emergência até as primeiras 12 horas; Os exames que não exijam permanência em hospital por um período superior a 12 horas devem ser cobertos nessa modalidade de plano de saúde;
- ✚ Nos procedimentos especiais há cobertura para hemodiálises e diálise peritoneal, quimioterapia ambulatorial, radioterapia e hemoterapia ambulatorial.
- ✚ Este tipo de plano não cobre internações hospitalares.

### **Plano Referência:**

- ✚ Cobertura médico hospitalar para todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos;
- ✚ Atendimento urgência e emergência;
- ✚ Cobertura de exames e procedimentos especiais.



### **Carências Obrigatórias:**

**Carência** é o tempo que você terá que esperar para ser atendido pelo plano de saúde em um determinado

procedimento. Esse tipo de informação está presente no seu contrato.

Pela legislação de planos de saúde, para planos individuais ou familiares novos ou adaptados, contratados a partir de 02 de janeiro de 1999 ou adaptados à lei, a empresa que vende o plano de saúde pode exigir (ANS):

Situação	Tempo a ser aguardado após a contratação do plano de saúde*
Casos de urgência, acidentes pessoais ou complicações no processo gestacional, e emergência, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis.	24 horas
Partos a termo, excluídos os partos prematuros	300 dias
Doenças e lesões preexistentes (quando contratou o plano de saúde, a pessoa já sabia possuir)**	24 meses
Demais situações	180 dias

Atenção:

\* Esses são limites de tempo máximos. Isso quer dizer que a operadora de planos de saúde pode exigir um tempo de carência menor que o previsto na legislação.

## Reajustes de planos de saúde:

O reajuste em planos individuais, familiares e coletivos pode ocorrer em dois momentos:

- a) Pela mudança de faixa etária.
- b) Pela data de aniversário do contrato;

### Faixa etária:

Pessoas maiores de 60 anos, por determinação do Estatuto do Idoso, não podem sofrer reajustes por mudança de faixa etária.

O reajuste por faixa etária compreende a data de aniversário do consumidor em conformidade com a seguinte tabela:

- I - 0 (zero) a 18 (dezoito) anos;
- II - 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos;
- III - 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos;
- IV - 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos;
- V - 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos;
- VI - 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos;
- VII - 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos;
- VIII - 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos;
- IX - 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos;
- X - 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

**Atenção:** O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.

A variação acumulada entre a sétima e a décima faixas não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

As variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos.

**Fonte:** ANS

## Anual:

Os reajustes de planos individuais e familiares são fixados anualmente pela Agência Nacional de Saúde – ANS e o dos planos coletivos fixados em contratos.

O reajuste anual é justificado em razão do aumento do preço, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias.

**Atenção:** Planos anteriores a Lei 9656/98 e não adaptados estão sujeitos ao reajuste de faixa etária e índice fixado em contrato.

## Prazos para agendamento:

As operadoras de plano de saúde devem obedecer os seguintes prazos para consultas/exames:



- **Consulta básica:** pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia – em até 07 dias úteis;
- **Consulta nas demais especialidades:** em até 14 dias úteis;
- **Exames:** em até 3 dias úteis;
- **Internação:** em até 21 dias úteis;
- **Urgência/Emergência:** atendimento imediato.



## **Descredenciamento de médicos, laboratórios, hospitais e clínicas:**

Toda vez que a operadora de planos de saúde descredenciar algum estabelecimento hospitalar, clínica ou médico de sua rede de atendimento, ela deve informar com antecedência de 30 (trinta) dias e por escrito aos consumidores que estará desligando algum prestador.

**Atenção:** Na hipótese de a substituição do estabelecimento hospitalar ocorrer por vontade da operadora e durante período de internação do consumidor, o estabelecimento está obrigado a manter a internação e a operadora, a pagar as despesas até a alta hospitalar.

## **Negativa de cobertura**

A negativa de cobertura de procedimentos, consultas e exames deve ser realizada por escrito, por correspondência ou meio eletrônico no prazo de 48 horas do pedido feito pelo consumidor.

A informação de negativa deve ser prestada ao consumidor em linguagem clara, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que justifiquem o motivo da negativa.

## **Rescisão contratual:**

Nenhum consumidor pode ser excluído do plano de saúde em razão da idade ou condição de saúde.

**Atenção:** Nos contratos individuais não pode haver a rescisão unilateral do contrato.

A rescisão se dá em alguns momentos. São eles:

**a) Inadimplência por mais de 60 dias, desde que o consumidor seja notificado, por escrito, até o 50º dia.**

Se o consumidor quitar o débito não pode ser excluído.

**b) Por fraude comprovada.**

O consumidor deve ser notificado e a empresa tem que comprovar a fraude.

**c) Perda do emprego;**

Neste caso, o consumidor que possuir o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício, pode diante da demissão sem justa causa manter o plano, nas mesmas condições de cobertura assistencial da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o pagamento integral.

**Atenção:** O período de manutenção da condição de beneficiário e de sua família será de um terço do tempo de permanência no plano, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses até a admissão do consumidor em novo emprego.

É assegurado ao ex-empregado aposentado, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, e possuir plano de saúde em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura

assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior a 10 (dez) anos, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

#### **d) Por ajuste entre as partes:**

A rescisão de planos individuais ou familiares somente poderá ocorrer após a vigência de 12 meses e mediante notificação prévia de 60 dias da outra parte interessada.

A rescisão de planos coletivos é negociada entre a pessoa jurídica contratante do plano e a operadora de plano de saúde.

#### **Cláusulas contratuais e práticas abusivas:**

- ✚ O consumidor tem direito a uma cópia do contrato, por isso é dever da operadora entregar uma via mesmo sem solicitação;
- ✚ Nos contratos coletivos por adesão é direito de o consumidor receber uma cópia do contrato firmado entre a associação, empregador ou sindicato, e a operadora do plano de saúde, bem como do termo de adesão a este tipo de contratação;

**Atenção:** O contrato deve descrever todas as condições de utilização, como preço da mensalidade, as formas de reajuste e o tipo de atendimento a que tem direito.

- ✚ As cláusulas de qualquer contrato de consumo devem ser redigidas de modo que o consumidor entenda e compreenda perfeitamente o que está escrito.
- ✚ Termos em latim ou em língua estrangeira devem ser traduzidos para auxiliar a compreensão do consumidor;
- ✚ Contratos de adesão devem ser redigidos em fonte superior ao tamanho 12 (doze);
- ✚ Contratos individuais e familiares, adaptados a lei dos planos de saúde, que possuírem fórmula de reajuste diferente do reajuste por faixa etária e anual são considerados abusivos;
- ✚ Cobrar a tarifa de emissão do boleto do consumidor é abusivo e instituir tal cobrança em contrato é cláusula abusiva;

### É prática abusiva:

- ✚ Cobrar acima de 2% como **multa moratória** por atraso no pagamento da mensalidade;
- ✚ Reajustar o contrato anualmente e antes da data de aniversário do contrato;
- ✚ Reajustar o contrato por faixa etária para pessoas maiores de 60 (sessenta) anos;
- ✚ Reajustar o contrato por faixa etária antes da data de aniversário do consumidor;

- + Deixar de fixar prazo para entrega da carteirinha;
- + Não entregar a carteirinha do convênio ao consumidor;
- + Recusar ou dificultar a realização de exames e procedimentos cobertos pelo plano contratado.

### **Portabilidade de carências:**

É a possibilidade de contratar um plano de saúde, dentro da mesma operadora ou com uma operadora diferente, e ficar dispensado de cumprir novos períodos de carência ou de cobertura parcial temporária exigíveis e já cumpridos no plano de origem. Essa possibilidade vigora para os planos individuais e familiares e para os planos coletivos por adesão, contratados a partir de 02/01/1999.

Para ter direito a portabilidade é preciso cumprir alguns requisitos:

Ser requerida entre o primeiro dia do mês de aniversário do contrato e o último dia útil do terceiro mês subsequente;

Estar adimplente junto à operadora do plano de origem;

Possuir prazo de permanência de;

a) na primeira portabilidade de carências, no mínimo dois anos no plano de origem ou no mínimo três anos na hipótese de o beneficiário ter cumprido cobertura parcial temporária;

b) nas posteriores, no mínimo um ano de permanência no plano de origem;

O plano de destino estar em tipo compatível com o do plano de origem;

### **Novo rol de cobertura – janeiro de 2014**

Com a vigência da Resolução nº 338/2013 da ANS, 87 procedimentos entre tratamentos e medicamentos (50 novos exames/tratamentos e 37 medicamentos) foram incluídos no rol de procedimentos obrigatórios.

Houve, ainda, a ampliação do número de consultas e sessões com profissionais de fonoaudiologia e nutrição e a inclusão do tratamento com fisioterapeuta, psicólogo e psicoterapeuta. (imagem ANS).

## AMPLIAÇÕES

Especialidade	Novo Rol
<b>FONOAUDIOLOGIA</b> (pacientes com apnéia de sono, com queimadura de cabeça e pescoço, trato respiratório, boca ou faringe e pacientes com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade)	De <b>6</b> para <b>24</b> consultas /sessões 
(Autismo, Retardo Mental)	De <b>6</b> para <b>48</b> consultas /sessões 
(Transtornos de Linguagem expressiva e compreensiva, Disfagia, Disfasia, Afasia, Disartria, Anartria, Apraxia, Dislexia, Disfonias crônicas e perda de audição)	De <b>24</b> para <b>48</b> consultas /sessões 
(Todos os outros casos não enquadrados)	De <b>6</b> para <b>12</b> consultas /sessões 
<b>NUTRIÇÃO</b> (Sobrepeso e obesidade e também para pacientes ostomizados e após cirurgia gastrointestinal)	De <b>6</b> para <b>12</b> consultas /sessões 

## INCLUSÕES

Especialidade	Novo Rol
<b>PSICOLOGIA</b> (Candidatos a laqueadura, vasectomia, cirurgia bariátrica, implante coclear e pacientes ostomizados/estomizados)	Inclusão de <b>12</b> consultas /sessões
<b>PSICOTERAPIA</b> (Portadores de transtornos de personalidade e ampliação das indicações para transtornos de humor)	Inclusão de <b>12</b> consultas /sessões
<b>FISIOTERAPIA</b>	Inclusão de consulta com Fisioterapeuta

Em relação à cobertura odontológica, os enxertos periodontais, teste de identificação da acidez da saliva e tunelização (cirurgia de gengiva destinada a facilitar a higienização dentária) também passam a integrar o rol.

Além disso, a ANS definiu 22 critérios, listados abaixo, para rastrear e tratar doenças genéticas.

1. CÂNCER DE MAMA E OVÁRIO HEREDITÁRIOS - GENE BRCA1/BRCA2
2. ADRENOLEUCODISTROFIA
3. ATAXIA DE FRIEDREICH
4. DEFICIÊNCIA DE ALFA 1 – ANTITRIPSINA
5. DISPLASIA CAMPOMÉLICA
6. DISTROFIA MIOTÔNICA TIPO I E II
7. HEMOCROMATOSE
8. HEMOFILIA A
9. HEMOFILIA B
10. MUCOPOLISSACARIDOSE
11. NEOPLASIA ENDÓCRINA MÚLTIPLA – MEN2
12. OSTEOGÊNESE IMPERFEITA
13. POLIPOSE ADENOMATOSA FAMILIAR
14. POLIPOSE ASSOCIADA AO MUTYH
15. SÍNDROME DE ANGELMAN E SÍNDROME DE PRADER-WILLI
16. SÍNDROMES DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL ASSOCIADA À ANOMALIA CONGÊNITA NÃO RECONHECIDA CLINICAMENTE
17. SÍNDROMES DE DELEÇÕES SUBMICROSCÓPICAS RECONHECÍVEIS
18. SÍNDROME DE HIPOFOSFATASIA
19. SÍNDROME DE LYNCH – CÂNCER COLORRETAL NÃO POLIPOSO
20. SÍNDROME DE NOONAN
21. SÍNDROME DE WILLIAMS-BEUREN
22. . DOENÇAS RELACIONADAS AO GENE FMR1 (SÍNDROME DO X FRÁGIL, SÍNDROME DE ATAXIA/TREMOR ASSOCIADOS AO X FRÁGIL - FXTAS E FALÊNCIA OVARIANA PREMATURA – FOP

### **Medicamentos orais para tratamento domiciliar contra câncer**

Com a vigência da Resolução 338/2013 no dia 02/01/2014 37 medicamentos, orais e para tratamento de câncer, passam a integrar o rol de procedimentos obrigatórios para as operadoras de planos de saúde.

Conheça os medicamentos:



## TERAPIA ANTINEOPLÁSICA ORAL PARA TRATAMENTO DO CÂNCER

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Abiraterona, Acetato de	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
	Mama	Primeira linha de tratamento em mulheres na pós-menopausa com câncer de mama metastático receptor hormonal positivo
	Mama	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
	Próstata	Metastático em pacientes nos quais a castração cirúrgica ou medicamentosa não está indicada ou não é aceitável.
Bussulfano	LMC - Leucemia Mielocítica (mielóide, mielógena, granulocítica) Crônica	Sem especificação de fase da doença
Capecitabina	Colometal	Primeira Linha em câncer metastático
	Colometal	Adjuvante para pacientes em estágio II com critério de alto risco ou Dukes C (estágio III), submetidos à ressecção completa do tumor primário
	Gástrico	Câncer em estágio avançado, desde que associado com compostos de platina, como a cisplatina ou oxaliplatina
	Mama	Metastático, após falha de antraciclina ou taxano, ou em face de contraindicação para estas medicações
Ciclofosfamida	Leucemias	Sem especificação de fase da doença
	Linfomas	Sem especificação de fase da doença
	Mama	Sem especificação de fase da doença
	Micose Fungóide	Estágios avançados
	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

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Dasatinibe	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Cromossomo Ph+ com resistência ou intolerância à terapia anterior
	Leucemia 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
Erlotinibe, Cloridrato de	Pulmão não pequenas-células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irresssecável com mutação nos éxons 19 ou 21
Etoposídeo	Leucemias agudas	Não linfocíticas
	Linfoma de Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Linfoma Não-Hodgkin	Sem especificação de fase da doença
	Pulmão pequenas células	Em combinação com outros agentes quimioterápicos
	Testículo	Tumores refratários que já receberam tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico apropriados
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
	Mama	Câncer de mama metastático em mulheres na menopausa, com tumores receptor hormonal positivo, seja em primeira linha, seja após falha de moduladores de receptor de estrógeno
	Mama	Terapia pré-operatória em mulheres na 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

SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
Gefitinibe	Pulmão não pequenas-células	Câncer de pulmão de não pequenas células não escamoso; Indicado em primeira linha nos pacientes com doença metastática ou irrissecável com mutação nos éxons 19 ou 21
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)	Irresecável ou metastático
	Tumor estromal gastrointestinal (GIST)	Adjuvante do tratamento de casos ressecados de alto risco
Lapatinibe, Ditosilato de	Mama	Tratamento do tumor metastático HER2+ , após falha de trastuzumabe, em associação com capecitabina ou letrozol
Letrozol	Mama	Neoadjuvante, adjuvante ou metastático em mulheres na pós-menopausa com tumores receptor hormonal positivo
Megestrol, Acetato de	Endométrio	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
	Mama	Como paliativo do carcinoma avançado (doença recorrente, inoperável ou metastática)
Melfalano	Mieloma Múltiplo	Sem especificação de fase da doença
	Ovário	Câncer Avançado
Mercaptopurina	LLA - Leucemia Linfocítica (Linfoblástica) Aguda	Indução da remissão e manutenção
	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



SUBSTÂNCIA	LOCALIZAÇÃO	INDICAÇÃO
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
Sunitinibe, Malato de	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
Tamoxifeno, Citrato de	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
	SNC - Sistema Nervoso Central	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

**Fonte: ANS**

## SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR:



**SAC** é o serviço de atendimento ao consumidor realizado por telefone pelas prestadoras de serviços regulados, ou seja, pelas empresas sujeitas à fiscalização das agências reguladoras como é o caso das operadoras de planos de saúde.

O SAC de serviços regulados é regulamentado pelo Decreto nº 6.523 de 31 de julho de 2008 e Portaria 2014 de 13 de outubro de 2008 do Ministério da Justiça.

## CLÍNICAS MÉDICAS E HOSPITAIS

As clínicas médicas e hospitais também devem respeito ao Código de Defesa do Consumidor e, ainda, às leis municipais da cidade onde possuem sede ou filial.

As clínicas e hospitais como qualquer prestador de serviços devem ter atenção aos direitos do consumidor observando o seguinte:

- ✚ direito à informação clara, precisa e adequada sobre a prestação de serviço, em especial datas e horários de consultas, procedimentos necessários para realização de determinadas consultas/exames, convênios que aceitam, preço e formas de pagamentos de consultas, cirurgias e demais procedimentos particulares;
- ✚ informar que recebe a bandeira de determinado cartão sem recusá-lo;

- + pagamentos em dinheiro, cartão de crédito e de débito não podem ser diferenciados. Pagamento com cartão de crédito e débito é compra à vista;
- + nenhum estabelecimento é obrigado a aceitar cheques, desde que informe isso por escrito e em local visível para todos os consumidores;

**Importante:** excetuando-se as consultas pré-agendadas, o fornecedor deve dar prioridade no atendimento aos idosos, gestantes, mães com crianças de colo, doador de sangue e doador de medula óssea.

- + a clínica e hospital devem procurar cumprir o horário da consulta agendada, evitando assim que outros consumidores fiquem aguardando por muito tempo;
- + o estabelecimento deve manter as dependências higienizadas e em bom estado de conservação;
- + vacinas e medicamentos devem estar dentro do prazo de validade, acondicionados longe de produtos de limpeza e em locais adequados, bem como devem constar a informação de preço, se comercializados;
- + os materiais descartáveis como seringas e agulhas devem ser descartados em locais apropriados e não devem ser reutilizados;



## **EXPEDIENTE:**

### **Prefeitura Municipal de Campinas**

Prefeito: Jonas Donizette Ferreira

### **Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos**

Secretário: Mário Orlando Galves de Carvalho

### **Departamento de Proteção ao Consumidor**

Diretora: Lúcia Helena Magalhães Lopes da Silva

**Edição e diagramação:** Taís Regina de Moraes

**Revisão:** Regina Rocha Pitta

**Imagens:** Extraídas do Google sem restrição de uso e compartilhamento.