



Guia completo: Leucemia e Linfoma

Cobertura do plano de saúde: Leucemia, Linfoma,
quimioterapia e transplantes

Salem
ADVOGADOS

Índice



Introdução	3
Capítulo 1: Como funciona a cobertura obrigatória pelo plano de saúde?	4
Capítulo 2: Que tipos de leucemia o plano de saúde deve cobrir?	6
Capítulo 3: Transplante de medula óssea	8
Capítulo 4: Cobertura do plano de saúde em transplante de medula óssea	10
Capítulo 5: Quimioterapia para linfoma	12
Capítulo 6: Lista de medicamentos quimioterápicos: quais o plano deve cobrir?	14
Capítulo 7: A quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou tratamento foi negado ou interrompido pelo plano de saúde. Isso é certo?	16
Capítulo 8: Cobertura obrigatória do tratamento de câncer	18
Capítulo 9: Prescrição médica do tratamento	20
Capítulo 10: Exemplos de tratamentos cobertos	22
Capítulo 11: Medicamentos de uso domiciliar	24
Capítulo 12: Justificativas mais comuns da negativa	26
Capítulo 13: O que fazer diante da negativa do plano de saúde ao tratamento de câncer?	31
Capítulo 14: Ação judicial com pedido de liminar	33
Capítulo 15: O que é preciso para conseguir uma liminar rapidamente?	35
Capítulo 16: A negativa abusiva e o dano moral	37
Capítulo 17: A importância de um profissional especializado	40
Capítulo 18: O que fazer se o plano não cobrir a cirurgia ou a quimioterapia?	42
Capítulo 19: O que é e como funciona uma liminar	44
Capítulo 20: Liminar funciona mesmo?	46
Capítulo 21: Quanto tempo demora uma liminar?	48
Capítulo 22: Quando é o momento de contratar um advogado?	50
Capítulo 23: Como contratar um advogado	52
Capítulo 24: Quanto custa uma liminar ou ação de saúde?	54
Capítulo 25: O que procurar em um advogado de saúde?	56
Capítulo 26: Casos de pacientes que ganharam a liminar e conseguiram autorização do tratamento	58

Introdução



Os pacientes em tratamento de câncer no Brasil possuem muitos direitos assegurados por leis e normas. Você sabe quais são todos os seus direitos?

É comum que o plano de saúde negue a cobertura de certos procedimentos indevidamente, atrasando o tratamento, causando um estresse em um momento muitíssimo delicado e até mesmo fazendo que o paciente tenha que pagar de seu próprio bolso o tratamento ou buscar a rede pública.

Para evitar que situações como essas sejam recorrentes, preparamos este texto para deixar claros quais são estes direitos.

Para tanto, abordaremos os tipos de planos de saúde, a cobertura obrigatória e seus desdobramentos, a negativa da operadora em cobrir o tratamento oncológico e como proceder diante dela.

Capítulo 1

Como funciona a cobertura obrigatória pelo plano de saúde?





Como funciona a cobertura obrigatória

A cobertura pelo plano de saúde é algo simples e deve respeitar basicamente dois requisitos: pedido médico e tipo de cobertura do plano. Para ter cobertura, você deve ter um pedido médico específico para o seu tratamento. Vale o pedido de qualquer médico, credenciado ao plano ou particular.

Os tipos de cobertura são ambulatorial ou hospitalar. O seu plano pode ter apenas um deles ou todos. Isto você consegue verificar na carteirinha do plano ou entrando em contato com a operadora do seu plano de saúde.

- Ambulatorial cobre procedimentos que são feitos fora de internação, como exames de sangue, ressonâncias, consultas médicas etc.
- Hospitalar cobre apenas o que for feito em internações em hospital, como cirurgias – exames feitos para acompanhamento de evolução de uma cirurgia têm cobertura obrigatória.

Um paciente de que vai fazer uma cirurgia precisa ter cobertura hospitalar. Se outro paciente precisa fazer uma aplicação de medicamento ambulatorial, sem internação no hospital (ou em casa), a cobertura precisa ser ambulatorial.

A lei estabelece que o plano de saúde pode escolher qual doença ele irá cobrir ou não, não deixando a cargo do plano de saúde escolher qual tratamento poderá ou não ser coberto. Essa decisão cabe apenas ao médico.

Capítulo 2

Que tipos de leucemia o plano de saúde deve cobrir?



Que tipos de leucemia o plano de saúde deve cobrir?



De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, as leucemias podem ser classificadas quanto à rapidez de evolução da doença ou quanto aos tipos de glóbulos brancos que elas afetam.

Quanto à evolução, a leucemia pode ser crônica (doença se agrava lentamente) ou aguda (doença se agrava rapidamente). No que diz respeito aos tipos de glóbulos brancos, elas podem ser linfoides (linfocítica ou linfoblástica) ou mieloides (mieloblástica).

Considerando as duas classificações, são 4 tipos de leucemia:

- Leucemia linfóide crônica: a doença se desenvolve vagarosamente, afetando as células linfóides. Incide, na maioria das vezes, em pessoas com mais de 55 anos.
- Leucemia linfóide aguda: a doença se agrava rapidamente, afetando células linfóides. Acomete mais comumente crianças pequenas, mas também afeta adultos.
- Leucemia mieloide crônica: a doença se desenvolve vagarosamente no início, afetando células mielóides. Mais comum em adultos.
- Leucemia mieloide aguda: a doença avança rapidamente, afetando células mielóides. Ocorre em adultos e em crianças.

O tratamento de leucemia objetiva recuperar a medula óssea a partir da destruição das células doentes. Para tanto, é comum que se associe medicamentos quimioterápicos (veja a lista abaixo), controle das complicações e prevenção/combate da doença no Sistema Nervoso Central.

Em suma, ele envolve a [quimioterapia](#), na tentativa de obter a remissão completa, e, quando necessário, o transplante de medula óssea.

Novos tratamentos para os diversos tipos de leucemia vêm sendo testados ao redor do mundo. Pesquisas recentes indicam a possibilidade da [substituição do transplante de medula óssea por outro tratamento de leucemia](#), por exemplo.

Capítulo 3

Transplante de medula óssea



Transplante de medula óssea



De acordo com o Redome (Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea), “o transplante de medula óssea é um tipo de tratamento proposto para algumas doenças que afetam as células do sangue, como as leucemias e os linfomas”.

Por meio do transplante, a medula óssea doente ou deficitária é substituída por outras células de medula óssea, com o objetivo de reconstituir uma nova medula saudável. O transplante de medula óssea também é conhecido como transplante de células-tronco hematopoéticas (células responsáveis pela geração de sangue).

Tratamentos

Existem dois tipos de transplante de medula óssea:

- **Transplante alogênico:** as células da medula provêm de um doador que possui material sanguíneo compatível com o do receptor. A primeira opção é sempre pela medula de um irmão, mas caso ele não seja compatível, verifica-se a mãe, o pai, e outros doadores.
- **Transplante autólogo:** as células da medula provêm do próprio indivíduo. Esse tipo é usado para doenças que não têm origem diretamente na medula ou que esteja em estado de remissão (doença já reduziu a ponto de não ser mais detectada na medula).



Capítulo 4

Cobertura do plano de saúde em transplante de medula óssea





Cobertura do plano de saúde em transplante de medula óssea

A cobertura do plano de saúde em transplante de medula óssea é obrigatória, de acordo com a ANS. Ele consta no [rol da ANS](#), que lista procedimentos, exames e tratamentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde.

Um ponto que merece atenção sobre a cobertura é o [tipo de plano](#). Se o paciente tiver apenas o plano ambulatorial (consultas médicas, exames e procedimentos sem internação), não poderá internar para realizar o transplante de medula óssea. Mas se ele tiver o plano hospitalar (internação e procedimentos realizados durante tal período ou aqueles em continuidade à internação), não terá problemas.

Em geral, boa parte dos planos são ambulatoriais e hospitalares. Nestes casos, basta a prescrição médica para que o plano de saúde seja obrigado a cobrir o procedimento. A operadora deve, inclusive, obedecer aos [prazos máximos de atendimento](#).

Se o tratamento for urgente (o médico atesta), a cobertura deve ser imediata. O prazo máximo para cirurgias eletivas (agendadas e não urgentes) é de 21 dias.

Capítulo 5

Quimioterapia para linfoma



Quimioterapia para linfoma



Linfoma é um tipo de câncer que atinge as células do sistema imunológico, especialmente os linfonodos. Ele pode ser um linfoma de Hodgkin (LH) ou um linfoma não-Hodgkin (LNH). Eles se diferem pelas características da célula maligna, pelo comportamento biológico e pela resposta ao tratamento.

O LH tem melhor prognóstico, sendo que os casos localizados em fase inicial apresentam boa taxa de recuperação. Os LNH é composto por mais de 60 tipos de cânceres, mas que podem ser agrupados em agressivos, de crescimento rápido, e em indolentes, de crescimento lento.

O tratamento para linfoma depende do sub-tipo da doença, da localização no corpo do paciente, dos estágios em que foi diagnosticado e das características do paciente. Em geral, se dá por quimioterapia, que pode ser associada ou não à terapia biológica (imunoterapia). A radioterapia também pode ser indicada em casos específicos, assim como o transplante de medula óssea, que se destina a pacientes com doença refratária.

A quimioterapia para linfoma utiliza medicamentos para destruição das células anormais. Ela é administrada em ciclos, por via venosa ou via oral, e pode ser combinada com outros tratamentos, como radioterapia e imunoterapia (anticorpo monoclonal rituximab).

Muitos medicamentos quimioterápicos são úteis para tratar linfoma, como Ciclofosfamida, Bendamustina, Prednisona, Dexametasona, Carboplatina, Fludarabina, Citarabina, Doxorubicina, Adriamicina, Bleomicina, Vinblastina, Dacarbazina e outros. Eles podem, inclusive, ser combinados entre si conforme o tipo de linfoma.

Em alguns casos, é indicada a quimioterapia intratecal, que é aquela administrada diretamente no líquido espinal.

Capítulo 6

Lista de medicamentos quimioterápicos: quais o plano deve cobrir?





Lista de medicamentos quimioterápicos: quais o plano deve cobrir?

No fim de 2017, o Governo Brasileiro anunciou a inclusão de novos medicamentos na lista do SUS, inclusive aqueles destinados ao tratamento de câncer. Os pacientes de plano de saúde também estão atentos à lista de medicamentos quimioterápicos, mas possuem dúvidas sobre sua cobertura.

Os tratamentos são para câncer de próstata, mamas, gástrico, colorretal, leucemia, linfomas, mieloma múltiplo, ovário, rim, estômago, pulmão e outros.

Pensando nisso, criamos a [lista de medicamentos quimioterápicos](#) e esclarecemos como funciona a cobertura pelo plano de saúde. Confira!



Capítulo 7

A quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou tratamento foi negado ou interrompido pelo plano. Isso é certo?





A quimioterapia, radioterapia, cirurgia ou tratamento foi negado ou interrompido pelo plano. Isso é certo?

O plano de saúde não autorizou a cirurgia, o tratamento ou o remédio.

A justificativa dada é que o tratamento é experimental, que não há cobertura no contrato ou que está fora do rol da ANS.

Mas afinal de contas, isto é certo? O plano de saúde pode negar o tratamento?

Continue lendo e descubra quais casos o plano é obrigado a autorizar, exemplos de tratamentos cobertos, como reverter a negativa abusiva e quais documentos você precisa ter.

ANS

Clique [aqui](#) para
acessar os contatos
de atendimento ao
consumidor da ANS.

Capítulo 8

Cobertura obrigatória do tratamento de câncer



Cobertura obrigatória do tratamento de câncer



O plano de saúde pode definir qual doença será coberta ou não, podendo excluir a AIDS por exemplo. Mas não pode decidir qual tratamento é ou não coberto, essa decisão cabe apenas ao médico.

Como o câncer tem cobertura obrigatória definida por lei (Lei 9.656/98, “Lei dos Planos de Saúde”), todos os tratamentos prescritos pelo médico têm cobertura obrigatória pelo plano de saúde.

A cobertura, porém, é feita nos limites do plano contratado. Ao escolher um plano, o beneficiário define sua abrangência, que pode incluir consultas, exames, internações e outros. Veja a diferença:

Plano ambulatorial

Consultas médicas, exames e procedimentos sem internação.

Plano hospitalar

Envolve apenas a internação e os procedimentos realizados durante internação. Pode ter cobertura obstétrica ou não.

Capítulo 9

Prescrição médica do tratamento



Prescrição médica do tratamento



Os procedimentos, exames e tratamentos de saúde com cobertura obrigatória pelos planos de saúde estão previstos no chamado [Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde](#), definido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ele é válido para todos os planos de saúde, mesmo os chamados antigos, contratados antes de 1999.

A partir do momento em que o médico especialista prescreve um tratamento ou procedimento para determinada doença coberta pelo plano de saúde, ele deverá ser fornecido pelo plano, mesmo que não esteja no rol da ANS.

Em outras palavras, **a decisão do tratamento ou exame cabe exclusivamente ao médico**, e não ao plano de saúde. Sendo o câncer doença de cobertura obrigatória, não pode haver qualquer tipo de exclusão de tratamento no contrato.

Se houver pedido médico, a cobertura do tratamento é obrigatória.

Tribunal de Justiça de São Paulo

Súmula 96 TJSP: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento.

Súmula 102 TJSP: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.

Capítulo 10

Exemplos de tratamentos cobertos



Alguns exemplos de tratamentos cobertos



Conforme apresentado anteriormente, como o câncer é doença de cobertura obrigatória, se houver pedido médico, todos os tratamentos são devidos.

- Como exemplos, podemos citar, de acordo com o tipo de plano:
- Fornecimento de medicamentos de uso domiciliar;
- Sessões de quimioterapia ou radioterapia ambulatoriais (sem internação), em casos de planos ambulatoriais;
- Realização de exames para acompanhamento e evolução de internação anterior em casos de planos hospitalares;
- Cirurgia plástica reconstrutiva da mama pós cirurgia de mastectomia.

Capítulo 11

Medicamentos de uso domiciliar



Medicamentos de uso domiciliar



Sobre o fornecimento de medicamentos de uso domiciliar, vale lembrar a norma editada pela ANS em 2014. A Agência editou uma resolução que obriga as operadoras de planos de saúde a fornecer aos pacientes com câncer medicamentos para controle dos efeitos colaterais e adjuvantes relacionados ao tratamento quimioterápico oral ou venoso.

A [Resolução Normativa 349](#) obrigou a distribuição de oito grupos de medicamentos, de uso domiciliar, para tratar os efeitos colaterais, com as devidas diretrizes de utilização. Agora, o tratamento oral para efeitos colaterais, que já era feito em hospitais e clínicas, poderá ser feito em casa.



Por fim, é importante destacar que, no caso de o [tratamento não estar disponível na rede credenciada do plano de saúde](#), a operadora deve assumir o custeio perante clínica, médico ou laboratório particular ou efetuar o reembolso integral do valor gasto pelo paciente.

Capítulo 12

Justificativas mais comuns da negativa



Justificativas mais comuns da negativa



Os planos de saúde, diante de determinados procedimentos prescritos pelo médico, se negam a prestar devidamente os serviços ao qual estão obrigados.

Os argumentos mais comuns utilizados são tratamento experimental, exclusão contratual, procedimento não previsto no rol da ANS, doença preexistente e carência.

Vamos ver cada uma delas.

Carência

Carência é o período que o beneficiário deve esperar para começar a usar o plano de saúde. O beneficiário que não possui doença preexistente está sujeito aos [prazos previstos no site da ANS](#) que são de no máximo 180 dias.

Porém, o plano não pode alegar tal carência em [situações de urgência ou emergência](#), cujo prazo é de apenas 24 horas. Clique no link para saber mais.



Tratamento experimental

Tratamento experimental que já tem sua eficácia comprovada e foi prescrito pelo médico tem cobertura obrigatória. O que acontece é que nem o plano de saúde nem a ANS tem a agilidade para acompanhar o avanço científico e o rol de medicamentos aprovados fica sempre desatualizado.

Porém, ainda que seja dito experimental pelo plano de saúde, o tratamento deve ser concedido pelo plano sempre que se referir a uma doença coberta pela plano, desde que haja prescrição médica.

Procedimento não previsto no rol da ANS

A ANS demora muito para atualizar o seu rol. Deste modo, sendo a eficácia do remédio comprovada na comunidade médica (mesmo que de outro país) e havendo prescrição médica para o tratamento, mesmo que não esteja no rol da ANS, ele deverá ser fornecido pelo plano.

É o que dizem as súmulas 96 e 102 do TJSP, expostas mais acima.

Tribunal de Justiça de São Paulo

Súmula 96 TJSP: Havendo expressa indicação médica de exames associados a enfermidade coberta pelo contrato, não prevalece a negativa de cobertura do procedimento.

Súmula 102 TJSP: Havendo expressa indicação médica, é abusiva a negativa de cobertura de custeio de tratamento sob o argumento da sua natureza experimental ou por não estar previsto no rol de procedimentos da ANS.



Doença preexistente

Doença ou lesão preexistente é aquela “que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde”.

A carência estabelecida pela ANS no caso de lesão ou doença preexistente é de 2 anos, em regra.

Se não foi feito exame admissional pelo plano de saúde constatando a doença no momento da adesão e o segurado não sabia que tinha a doença, ela não pode ser tida como preexistente e a cobertura é obrigatória.

Esse entendimento é inclusive sumulado (de tantas vezes que foi julgado) pelo Tribunal de Justiça de São Paulo, na Súmula 105 TJSP.

Ainda, a operadora não pode negar a venda de um plano de saúde a uma pessoa que tenha doença ou lesão preexistente, que demande um tratamento de alto valor. A venda é obrigatória e, no máximo, o plano pode aplicar a carência de 2 anos.

Tribunal de Justiça de São Paulo

Súmula 105 TJSP: Não prevalece a negativa de cobertura às doenças e às lesões preexistentes se, à época da contratação de plano de saúde, não se exigiu prévio exame médico admissional.

Exclusão contratual



Os planos de saúde regulamentados pela Lei nº 9.656/98 obedecem à regra anteriormente dita: se há cobertura da doença e há prescrição médica, o tratamento indicado pelo profissional deve ser custeado. Nesse caso, a alegação de exclusão contratual do procedimento não é válida.

Se o médico prescreve, por exemplo, o exame de PET/SCAN, e o beneficiário tiver plano ambulatorial, tem direito à cobertura. O mesmo acontece quando prescreve um medicamento importado.

Qualquer cláusula do contrato que exclua tratamentos de câncer é nula, uma vez que a doença tem cobertura obrigatória.

É preciso destacar que a relação entre plano de saúde e paciente é de consumo, e, portanto, subordinada às normas do Código de Defesa do Consumidor. De acordo com a lei, ainda que o plano de saúde tenha em seu contrato cláusulas que o exima da responsabilidade de fornecer tratamento prescrito, elas não terão validade em alguns casos (Art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor).

Capítulo 13

O que fazer diante da negativa do plano de saúde ao tratamento de câncer?





O que fazer diante da negativa do plano de saúde ao tratamento de câncer?

Conforme orientação da ANS, se o plano de saúde se negar a oferecer o tratamento, o paciente deve, em primeiro lugar, entrar em contato com o plano. É importante anotar os números de protocolo e mandar e-mails, como meios de prova.

Se a operadora mantiver sua negativa, o consumidor deve denunciá-la para a Agência Nacional de Saúde, por telefone, pelo site ou por um dos núcleos da agência presentes nas principais capitais brasileiras. Preferencialmente, o órgão instrui o contato por meio do Disque ANS, no número 0800-7019656.

A Agência é responsável por multar as operadoras e suspender a atuação daquelas que não cumprem suas normas. Mas nem sempre consegue ser eficaz com essas medidas, motivo pelo qual o paciente pode ingressar na Justiça.

Capítulo 14

Ação judicial com pedido de liminar



Ação judicial com pedido de liminar



A [liminar](#) é uma espécie de ação de cumprimento imediato, que obrigará a realização do procedimento pelo plano de saúde. Se o beneficiário dispuser de todos os documentos necessários, a decisão sai no mesmo dia.

Muitos pacientes, em um momento de aflição, dispõem recursos próprios para custear seu tratamento. No tratamento de câncer, os valores de determinados procedimentos são altíssimos, e podem levar o beneficiário a situações extremas para se tratar.

Por isso, o ideal é procurar um advogado especializado para entrar com a ação com pedido liminar antes de realizar o procedimento, para que o consumidor não desembolse seu próprio dinheiro. Em alguns casos, a ação pode se cumular com pedido de [indenização por danos morais](#).

Veja os documentos:

- Cópia do RG e CPF ou Carteira de Motorista;
 - Endereço com CEP;
 - Estado civil e profissão;
- Cópia da carteirinha do plano de saúde;
 - Cópia do pedido médico;
- Cópia da negativa do plano de saúde (se tiver).

Capítulo 15

O que é preciso para conseguir uma liminar rapidamente?



O que é preciso para conseguir uma liminar rapidamente?

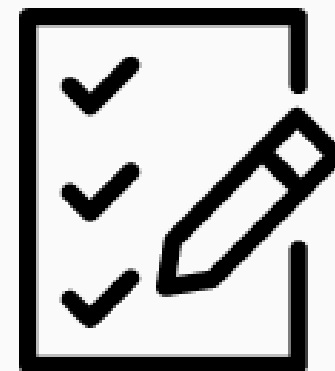


Em casos de negativa abusiva do Plano de Saúde, o paciente tem direito à cobertura do tratamento. Não sendo o problema resolvido amigavelmente ou demorando muito a solução, pode ser ajuizada uma ação contra o Plano de Saúde para buscar a **autorização judicial** do tratamento ou cirurgia, através de uma liminar.

Documentos necessários:

Meu caso deve ser coberto? Consulte

- ✓ Cópia da carteira do Plano, RG e CPF do segurado. Se a pessoa for menor de idade, serão necessários os documentos de identidade dos pais;
- ✓ Comprovantes da negativa de cobertura: número de protocolos de ligações telefônicas, e-mails e correspondências do Convênio ou do Hospital;
- ✓ Solicitação médica para o exame, medicamento ou procedimento cirúrgico negado;
- ✓ Últimos dois comprovantes de pagamento da mensalidade.



Capítulo 16

A negativa abusiva e o dano moral





A negativa abusiva e o dano moral

Negativa abusiva de tratamento é a situação em que o plano de saúde deixa de cobrir um procedimento prescrito pelo médico, alegando exclusão contratual, carência ou tratamento experimental e outros.

Porém, o entendimento dos tribunais brasileiros, dentre eles o Superior Tribunal de Justiça – STJ, de Brasília, diz que “se o contrato prevê a cobertura de determinada doença, é abusiva a cláusula que exclui o tratamento, medicamento ou procedimentos necessários à preservação ou recuperação da saúde ou da vida do contratante”.

A negativa injustificada das operadoras para o tratamento de câncer implica em desgaste psicológico que ultrapassa o mero aborrecimento, o que autoriza a indenização por danos morais. Os danos morais existem quando uma pessoa é exposta a uma situação ofensiva à sua honra, sua dignidade e sua reputação, que causa abalos psicológicos.

A negativa abusiva e o dano moral



A jurisprudência dos tribunais (posição consolidada sobre determinado tema) alega que o plano de saúde é um fornecedor de serviços responsável, independentemente da existência de culpa, por reparar os danos causados ao consumidor por defeitos relativos à prestação de serviços.

Os casos mais graves de indenização por danos morais se relacionam exatamente ao câncer. Nos tratamentos da doença, uma negativa de cobertura pode atrasar uma aplicação de quimioterapia, uma cirurgia ou a realização de um exame relacionado ao tratamento.

Há claro prejuízo à saúde, uma vez que a situação coloca a vida do paciente em risco. Diante disso, os tribunais têm condenado os planos de saúde a indenizar pacientes de câncer que tiveram o tratamento ou diagnóstico atrasado ou interrompido por danos morais em valor altíssimos, que podem chegar entre R\$ 40 mil e até R\$ 60 mil, dependendo da gravidade do caso.

Foi o caso da condenação do Bradesco Saúde, que cobrou indevidamente a paciente pelo tratamento oncológico fornecido no Hospital Albert Einstein. Nesse caso, a seguradora foi condenada ao pagamento de R\$ 12 mil por danos morais e ao reembolso de todas as despesas médicas.

Capítulo 17

A importância de um profissional especializado



A importância de um profissional especializado



Para garantir que o paciente tenha acesso ao tratamento necessário para o câncer, diante da negativa de resolução pelo plano e da não resolução pela ANS, é recomendado procurar um [advogado especialista em direito de saúde](#) para ingressar com a ação com pedido liminar.

O profissional especializado é fundamental para que o paciente tenha o amparo devido. Ele aumenta as chances de sucesso na ação, já que ele tem mais domínio sobre o posicionamento dos tribunais e o tema, por conhecer a legislação e já estar ambientado com o assunto.

Para o especialista, que já entende os fundamentos da negativa abusiva e da cobertura obrigatória, ingressar com o pedido liminar para garantir o tratamento é uma postura basicamente automática. Isso acontece devido à vasta experiência no assunto.

Quando alguém procura um advogado sem especialização, principalmente no caso de tratamentos de câncer, que podem comprometer gravemente a saúde, está sujeito à demora e a erros.

Capítulo 18

O que fazer se o plano não cobrir a cirurgia ou a quimioterapia?





O que fazer se o plano não cobrir a cirurgia?

A [negativa de cirurgia pelo plano de saúde](#) pode ser combatida via poder judiciário.

Carlos Aurélio Schiavon, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), acredita que os planos de saúde se recusam autorizar determinados procedimentos para conter os custos, como no caso da cirurgia bariátrica.

Porém, sendo a cirurgia bariátrica um evento de cobertura obrigatória para os planos hospitalares e de referência, o paciente deve procurar um [advogado especialista em saúde](#) para fazer valer seus direitos, se negados por via administrativa (diretamente com o plano e com a ANS).

O advogado ingressará com uma [liminar](#) na Justiça, que é uma espécie de ação de cumprimento imediato (a decisão pode sair no mesmo dia), que obrigará a realização do procedimento pelo plano de saúde.

Vale ressaltar que o ideal é entrar com a ação com pedido liminar antes de fazer a cirurgia, para que o consumidor não desembolse seu próprio dinheiro.



Capítulo 19

O que é e como funciona uma liminar





O que é e como funciona uma liminar

Em primeiro lugar, é preciso entrar em contato com o plano de saúde. Conforme orientação da ANS, se o plano de saúde se negar a autorizar um procedimento, o paciente deve entrar em contato com a operadora para questionar essa decisão.

É importante anotar os números de protocolo e mandar e-mails, como meios de prova.

Se não der certo, entre em contato com a ANS. Diante da negativa da operadora, o consumidor deve denunciá-la para a Agência Nacional de Saúde, por telefone, pelo site ou por um dos núcleos da agência presentes nas principais capitais brasileiras.

Preferencialmente, o órgão instrui o contato por meio do **Disque ANS**, no número **0800-7019656**.

Por fim, se a ANS não for eficaz, o paciente deve garantir, via Poder Judiciário, seu acesso ao procedimento necessário para tratar sua doença. Para isso, é recomendado procurar um advogado especialista em direito de saúde para conseguir uma liminar na justiça, que sai no mesmo dia.

Não é obrigatório falar primeiro com a ANS. Se o caso for urgente e for do interesse do paciente, pode procurar diretamente o Poder Judiciário.

Capítulo 20

Liminar funciona mesmo?





Liminar funciona mesmo?

Muitas pessoas nos perguntam: **mas é possível mesmo reverter a negativa do plano?**

Pensando nisso fizemos um levantamento especial para você: qual a chance de ganhar um processo contra o plano de saúde?

Em geral, em 92% dos casos o plano de saúde é condenado a cobrir o tratamento.

[Veja o texto completo.](#)



Capítulo 21

Quanto tempo demora uma liminar?



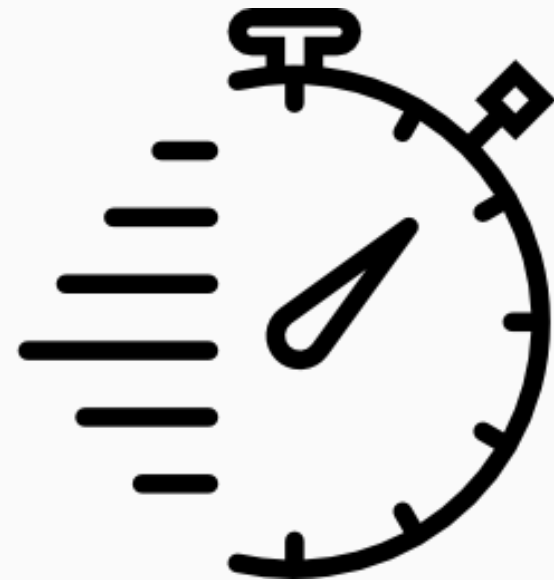
Quanto tempo demora uma liminar?



Ok, agora você sabe que é possível sim reverter uma negativa abusiva de um plano de saúde.

Mas isso demora? Afinal, se você teve o tratamento negado, não pode demorar meses para conseguir a autorização.

Preparamos um artigo para você que mostra [quanto tempo leva para sair a autorização do tratamento e em quais casos ela pode sair no mesmo dia.](#)



Capítulo 22

Quando é o momento de contratar um advogado?





Quando é o momento de contratar um advogado?

O paciente que tiver problemas com plano de saúde deverá procurar um advogado para ter seus direitos respeitados sempre que a situação não for resolvida amigavelmente.

O primeiro passo é entrar em contato com a ouvidoria do plano de saúde e fazer uma reclamação. Ao entrar em contato com a ouvidoria do plano, é importante anotar hora, data e número de protocolo da ligação ou do e-mail. Esses dados podem servir como de meio de prova.

Entretanto, a operadora do plano de saúde pode se manter inerte diante do problema e recusar sua solução. Neste caso, o paciente deverá entrar em contato com a ANS para fazer uma reclamação.

A denúncia pode ser feita por telefone, pelo site ou por um dos núcleos da agência presentes nas principais capitais brasileiras. Preferencialmente, o órgão instrui o contato por meio do Disque ANS, no número 0800-7019656.

Mais uma vez, o plano de saúde pode não resolver a situação, apesar da abordagem da ANS. Nesse caso, resta ao paciente procurar um advogado para dar uma resolução ao caso.

Urgência

Quando os problemas com plano de saúde aparecem em situações emergenciais, é preferível procurar um advogado para resolvê-los perante a Justiça, sem passar pelo plano ou pela a ANS. A agência pode demorar até 3 meses para dar uma resposta para o caso, tempo que pode ser determinante para a saúde do paciente.

Capítulo 23

Como contratar um advogado





Como contratar um advogado

Atualmente o processo é digital, o que torna a vida dos pacientes muito mais fácil.

Nosso escritório recebe e analisa os documentos digitalizados por e-mail ou por WhatsApp.

É necessário enviar o pedido médico para descobrir se há cobertura do tratamento.

Depois de analisado e aprovado o caso, os contratos podem ser assinados por e-mail e por Whatsapp.

Como fazemos um grande filtro e análise de cada caso antes de fechar, acreditamos tanto em nosso trabalho que não cobramos nada à vista.

Aprovado o caso, ajuizamos uma ação, apresentamos o caso e pedimos uma liminar para um juiz, que irá obrigar o plano de saúde a cobrir o tratamento.

Claro, podemos marcar uma reunião em nosso escritório, que fica no Itaim Bibi, mas hoje também é possível contratar um advogado de forma totalmente online, por ligações, e-mail e WhatsApp.

Se o seu tratamento foi negado pelo plano de saúde, pode enviar os detalhes para nós e vemos se é possível reverter, sem custos.

Descubra se o seu tratamento tem cobertura obrigatória!

Capítulo 24

Quanto custa uma liminar ou ação de saúde?



Quanto custa uma liminar ou uma ação de saúde?



Vou explicar um pouco como funcionam os custos com honorários de advogado em uma ação de saúde para obter a autorização de um tratamento negado pelo plano de saúde.

Aqui em nosso escritório, fazemos um filtro prévio de todos os casos e aprovamos apenas os que têm toda documentação e chance de realmente ser autorizado.

Por conta disto, acreditamos tanto em nosso trabalho que não cobramos nada à vista.

Quando um plano de saúde nega abusivamente um tratamento, geralmente o juiz condena o plano a pagar também uma indenização por danos morais para o paciente.

Nossos honorários são descontados, ao fim do processo, desta indenização. Se não houver condenação em danos morais, não cobramos honorários (por isto fazemos o filtro antes).



Capítulo 25

O que procurar em um advogado de saúde?





O que procurar em um advogado de saúde?

Para além de conhecimento, de ganhar processos e de um bom atendimento, é importante também ter rapidez, especialmente em casos de saúde que são urgentes:

- atendemos sempre no mesmo dia todos os novos casos de saúde
- conseguimos que a liminar saia na mesma semana
- em casos urgentes, conseguimos a liminar no mesmo dia, depois de recebidos os documentos, aprovado o caso e distribuída a ação

Em nosso escritório investimos muito em tecnologia para ter a agilidade que nossos clientes precisam.

Conquistas

Em 2017 recebemos da AAgência Nacional de Cultura e Empreendedorismo - NCEC, o selo de [Melhores do Ano como Referência Nacional](#) pela inovação no atendimento online e rápido.

Por ter desenvolvido um dos primeiros escritórios online com atendimento por robô, o sócio Fabrizioo Salem é [escritor convidado por portal Transformação Digital](#), onde fala sobre tendências de modernização e o futuro da advocacia.

Capítulo 26

Casos de pacientes que ganharam a liminar e conseguiram autorização do tratamento





Casos de pacientes que ganharam a liminar e conseguiram autorização do tratamento

Queríamos compartilhar com você os depoimentos de outros pacientes que conseguiram a aprovação do tratamento:

"Dr. Fabrizio devolveu minha dignidade perante uma assistência médica. Um câncer novamente agressivo e a assistência médica não queria atender. Graças a ele todas as cirurgias foram feitas, e quimios também. Profissional de primeira classe, primeira linha e muito humano. Pessoa muito, mas muito competente. Agradeço demais por tê-lo conhecido."



Soraya Abdouch

"Quando eu tive um problema, vários advogados me disseram que eu só tinha 40% de chances de vitória!! No escritório Salem Advogados, o Dr. Fabrizio, um dos mais competentes e gentis profissionais que já conheci, olhou para o meu caso com profissionalismo e humanidade e me disse que era um caso ganho, e foi o que realmente aconteceu!! Ganhei a causa!! "



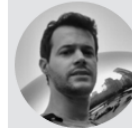
Andréia Amorim

"Não poderia estar mais satisfeita com a empresa e em especial o Dr. Giovanni, que tirou todas as minhas dúvidas e esclarecendo tudo. Conseguimos resolver as coisas por telefone e email, o que foi excelente. Além de possibilitar a realizar a minha cirurgia! Obrigada Salem Advogados, obrigada Giovanni! Recomendo para todos"



Marina Campofiorito

"Recomendo muito o trabalho sério e competente do escritório Salem, o melhor escritório que já trabalhei. Super atenciosos, conhecedores do tema e de uma agilidade ímpar. Muito satisfeito por ser representado pelo Dr. Fabrizio. Muito obrigado. Grande abraço!"



Andrey Paiva

"Estou com problemas de imunidade. Fiz vários tratamentos e nada adiantou, tomei remédios, glutamina. Comecei a ter problemas de imunidade e queda de cabelo. O médico pediu para fazer vários exames para descobrir o que era e fazer o tratamento certo. Fui no Sírio Libanês que fazia parte da rede credenciada, mas o plano não cobriu por não estarem no rol da ANS. Falei com o Dr. Fabrizio e entramos com uma ação contra o plano de saúde. Consegui a liminar no mesmo dia e fiz todos os exames que estavam agendados."



Juliana Tadeu

Veja [mais depoimentos](#) em nossa avaliação com média 5.0 de 5.0.



Fabrizio Salem

(11) 3382-7157

Nosso escritório é especializado em Direito à Saúde. Ajudamos pacientes a fazerem seus tratamentos.

Na maioria dos casos, a recusa do plano de saúde em cobrir o tratamento do paciente é abusiva, pode ser revertida e geralmente a liminar sai no mesmo dia.

Acreditamos tanto em nosso trabalho, que **não cobramos nada à vista.**

Além disso, atendemos no mesmo dia e oferecemos **atendimento 100% online** para quem preferir.

Quer saber se o seu tratamento tem direito à cobertura pelo plano de saúde? Envie seu caso e analisamos para você, sem custos.

**Quero descobrir se meu
tratamento tem cobertura**