

GUIA E ORIENTAÇÕES DE DIREITOS DURANTE O ADOECIMENTO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE



**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DOM JOSÉ MARIA PIRES

PB SAÚDE
FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SERVIÇO SOCIAL

CUIDANDO DE VOCÊ

BOLSA FAMÍLIA;
BPC/LOAS;
AUXÍLIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA;
APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE
PERMANENTE;
SAQUE EMERGENCIAL DO FGTS/PIS-PASEP;
ADICIONAL DE 25% NA APOSENTADORIA POR
INVALIDEZ;
LICENÇA MÉDICA;
MEDICAMENTOS;
LEITES;
FÓRMULAS E DIETAS ENTERAIS;
FRALDAS;
ÓRTESES;
PRÓTESES;
MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO;
TRANSPORTE;
SAD;
HOME CARE;
TFD;
DOENÇAS COM ISENÇÃO DE CARÊNCIA NO INSS.

GUIA E ORIENTAÇÕES DE DIREITOS
DURANTE O ADOECIMENTO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE

SUMÁRIO

CONHECER PARA REIVINDICAR.....	01
OUVIDORIA E CANAIS DE DENÚNCIA.....	01
SOBRE A DECLARAÇÃO, ATESTADO OU LAUDO MÉDICO.....	02
BOLSA FAMÍLIA.....	02
BPC / LOAS (AMPARO SOCIAL DE 1 SALÁRIO MÍNIMO SEM 13º).....	03
AUXÍLIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA.....	04
APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE.....	06
SAQUE EMERGENCIAL DO FGTS / PIS-PASEP.....	07
ACRÉSCIMO DE 25% NA APOSENTADORIA POR INVALIDEZ.....	08
LICENÇA MÉDICA (ENTENDENDO COMO FUNCIONA).....	09
MEDICAMENTOS.....	09
LEITES, FÓRMULAS E DIETAS ENTERAIS.....	10
FRALDAS.....	11
ÓRTESES, PRÓTESES, E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPMS).....	12
TRANSPORTE.....	14
SAD.....	15
HOME CARE.....	16
TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD).....	16
DOENÇAS COM ISENÇÃO DE CARÊNCIA NO INSS.....	17

CONHECER PARA REIVINDICAR

O Serviço Social do Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires (HMDJP) preparou uma cartilha instrutiva e de orientação para toda a comunidade hospitalar, desde o usuário interno, aos acompanhantes, sua família, visitantes e colaboradores da instituição.

Trazemos ao conhecimento de todos alguns direitos sociais fundamentais na garantia de proteção contra riscos sociais (doença, velhice, desemprego, insegurança alimentar e nutricional), bem como, as informações sobre como acessar e manter os benefícios sociais, trabalhistas e previdenciários relacionados a esses direitos: conheça, reivindique e compartilhe essas informações com quem mais precisa, especialmente àqueles que passam pelo processo de adoecimento e recuperação da saúde.



OUIDORIA E CANAIS DE DENÚNCIA

Importante: Se algum dos seus direitos forem negados e/ou violados, você deve registrar uma reclamação nos órgãos de fiscalização e, quando cabível, dar entrada em uma ação judicial.

Órgãos de Fiscalização:

- **Ouvidoria Geral do SUS (OuvSus):** Disque Saúde 136
- **Ouvidoria Estadual da Saúde (PB):** 08000 83-5000 / (83) 3211-9110 | E-mail: ouvidoria@ses.pb.gov.br
Presencial: Av. Dom Pedro II, no 1826, Torre, João Pessoa - PB
- **Ouvidoria do Hospital Metropolitano:** (83) 3229-9161 | E-mail: ouvidoria@hospitalmetropolitano.pb.gov.br
Presencial: Sala da Ouvidoria do próprio hospital
- **Ouvidoria Municipal de Saúde (JP):** Disque 160 | E-mail: ouvidoriasaude@joaopessoa.pb.gov.br
Presencial: Av. Epitácio Pessoa, 1324 – Torre
- **Ministério Público da Paraíba (MPPB):** Telefone: (83) 2107-6150 | WhatsApp: (83) 99181-7355 | E-mail: ouvidoria@mppb.mp.br
Site: <https://www.mppb.mp.br/index.php/pt/fale-conosco>
Presencial: R. Rodrigues de Aquino, s/n, sala 4, Térreo - Centro, João Pessoa/PB (Seg a Qui: 7h-14h | Sex: 7h-13h). Nos municípios: procure a Promotoria de Justiça local (7h às 13h).
- **Ouvidoria CRM/PB:** (83) 3690-0707 | E-mail: protocolo@crmpb.org.br | Site: <https://faleconosco.cfm.org.br/PB>



Ação Judicial:

- **Defensoria Pública do Estado (DPE):** Atendimento presencial em núcleos próprios ou salas nos fóruns dos municípios. Consulte locais de atendimento: <https://dpeppb.pbsoft.com.br/pagina/para-voce-cidadao-locais-de-atendimento>

SOBRE A DECLARAÇÃO, ATESTADO OU LAUDO MÉDICO

Os documentos médicos são parte fundamental para ter acesso a qualquer um desses benefícios. **Sem eles, você NÃO consegue comprovar a sua situação de doença.** Quando você estiver no serviço de saúde, **SOLICITE** ao médico que o acompanha o documento adequado à sua necessidade, seja uma declaração, atestado ou laudo.



Base Legal do Direito à Documentação Médica:

A declaração, atestado ou laudo é parte integrante do tratamento, sendo o seu fornecimento **direito inquestionável do paciente**, conforme prevê o Código de Ética Médica e a legislação brasileira nas seguintes normas:

- Lei Orgânica da Saúde No 8.080/09/1990
- Resolução Conselho Federal de Medicina No 2.381/06/2024
- Lei Estadual No 13.541/01/2025
- Estatuto do Paciente Lei No 15.378/04/2026

É um direito do paciente solicitar e um dever do médico fornecer, sempre que solicitado.

Todo cidadão tem o DIREITO de receber a documentação necessária para tratamentos, afastamentos ou benefícios sociais.

BOLSA FAMÍLIA

Benefício social destinado a famílias em situação de pobreza e extrema pobreza com renda familiar per capita (por pessoa) de até **R\$ 218,00** mensais, no valor de R\$ 600,00, com adicional de R\$ 150,00 para cada criança de 0 a 6 anos, e de R\$ 50,00 para gestantes, nutrizes (mães de bebês até 6 meses), e crianças/adolescentes até 18 anos incompletos.

Para ter acesso é preciso estar cadastrado e manter os dados atualizados no Cadastro Único (CadÚnico), a cada 2 anos, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) dos municípios, com os seguintes documentos:

CPF, RG, Carteira de Trabalho, e comprovante de endereço atualizado do Responsável Familiar (RF), bem como, o CPF de todos os integrantes da família, Certidão de Nascimento, Carteira de vacinação e Declaração escolar das crianças, Certidão de Casamento do cônjuge, e RG, Carteira de Trabalho ou Título de Eleitor dos adultos.

Para manter o benefício, as famílias precisam cumprir regras nas áreas de saúde e educação:

Saúde - acompanhamento do pré-natal (gestantes), cumprimento do calendário nacional de vacinação e monitoramento nutricional (crianças menores de 7 anos).



Educação - frequência escolar mínima de 60% para crianças de 4 a 5 anos e 75% para beneficiários de 6 a 18 anos incompletos.

Novidades e Regra de Proteção (2026):

Para evitar o cancelamento imediato do benefício, se a renda por pessoa da família aumentar acima do limite (R\$ 218,00), mas permanecer abaixo de meio salário mínimo por pessoa, o programa inclui uma regra de proteção que permite o recebimento por até 12 meses de pelo menos 50% do valor integral a que teria direito. Caso a renda da família volte a cair ou fique abaixo de R\$ 218 por pessoa, a família pode retornar ao benefício integral, desde que o cadastro esteja atualizado.

Pessoas que moram sozinhas (famílias unipessoais) também podem receber o Bolsa Família, desde que cumpram os critérios de renda e mantenham o cadastro atualizado.

BPC / LOAS (AMPARO SOCIAL DE 1 SALÁRIO MÍNIMO SEM 13º)

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um auxílio financeiro mensal de natureza assistencial, no valor de um salário mínimo, destinado a pessoas que não possuem meios de garantir sua própria subsistência, com renda familiar per capita (por pessoa) igual ou inferior a **1/4 do salário mínimo**, e que nunca contribuíram previamente ao INSS:



1- Idosos com 65 anos ou mais (sem necessidade de comprovar doença);

2- Pessoas com deficiência ou doenças graves, de qualquer idade, que possuam **impedimentos físicos** (paralisias, malformações...), mentais (esquizofrenia, TDAH, depressão grave...), **intelectuais** (síndrome de Down, deficiência intelectual...) ou **sensoriais** (cegueira, surdez) de **longo prazo** (mínimo de 2 anos), que impossibilitem a participação plena na sociedade;

3- Pessoas com baixa renda, de qualquer idade, sem qualquer condição de ingressar no mercado de trabalho, assim como não possuir recursos para custear um tratamento clínico para recuperação de seu impedimento físico, mental ou intelectual, ainda que **temporário**, o benefício deverá ser concedido. Nesse caso, se negado, cabe ajuizar ação para que o referido benefício seja implantado por decisão judicial.

Procure a Defensoria Pública do Estado (DPE) para constituir um advogado.

Nota¹: o bolsa família ou o BPC de outro membro idoso, não entram no cálculo da renda familiar para o BPC.

Nota²: o BPC não pode ser acumulado com outro benefício (seguro desemprego, aposentadoria, pensão), **exceto** com benefícios da assistência médica, pensões especiais de natureza indenizatória e a renda proveniente de contrato de aprendizagem.

Primeiro passo: para ter acesso e manter o benefício, é fundamental estar cadastrado e manter os dados atualizados no Cadastro Único (CadÚnico), a cada 2 anos, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) dos municípios, com os seguintes documentos:

CPF, RG, Carteira de Trabalho, e comprovante de endereço atualizado do Responsável Familiar (RF), bem como, o CPF de todos os integrantes da família, Certidão de Nascimento das crianças, Certidão de Casamento do cônjuge, e RG, Carteira de Trabalho ou Título de Eleitor dos adultos.

Nota: se você tiver alguma dificuldade ou não possuir os meios técnicos para solicitar o BPC, o CRAS fornece o suporte técnico inicial para que a família possa formalizar o pedido no INSS: orienta sobre a documentação necessária, verifica a renda familiar e ajuda na organização dos documentos para o pedido.

Segundo passo: com o CadÚnico atualizado, agende a solicitação do BPC ao INSS por telefone (135) ou pelo “Meu INSS” (aplicativo ou site). Após agendamento, nos pedidos de pessoas com deficiência ou doenças graves, para comprovar a incapacidade compareça presencialmente nas agências do INSS nas datas marcadas a fim de realizar a perícia médica e a avaliação social.

Se preparando para Perícia Médica (Documentos e exames)

Para pedidos de pessoas com deficiência ou doenças graves, solicite ao médico responsável pelo seu acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS), no Hospital em que esteja interno (a) ou no ambulatório especializado, os seguintes documentos: 1-atestado, 2-laudo temporário e/ou definitivo com grau de comprometimento e evolução prognóstica, legível, com nome completo, data de emissão, diagnóstico com CID, assinatura/carimbo do médico;3- resumo de internação ou de alta, e junte a todos os exames que tiver.

Precedente Jurídico para Concessão do BPC

O Supremo Tribunal Federal (STF) compreende que o critério de 1/4 do salário mínimo não é o único meio de provar a condição de baixa renda. Em ações judiciais, é possível conseguir o benefício com renda per capita (por pessoa) de até meio salário mínimo, desde que comprovada a vulnerabilidade social em termos de gastos com medicamentos, tratamentos, fraldas, consultas ou alimentação que não são fornecidos pelo SUS.

Atenção: Não é preciso pagar para solicitar o BPC! Só procure um advogado ou a Defensoria Pública (DPE) se o pedido for negado pelo INSS.

AUXÍLIO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

O auxílio por incapacidade temporária (antigo auxílio-doença) é um **benefício previdenciário** pago pelo INSS ao trabalhador (a) que ficar incapacitado (a) de exercer suas atividades por motivo de doença ou acidente por mais de 15 dias consecutivos, garantindo renda durante o afastamento. É um direito do empregado com carteira assinada (CTPS), MEI, autônomos, facultativos ou agricultores (segurado especial), que têm qualidade de segurado junto ao INSS (estar contribuindo ou no **período de graça**), com pelo menos 12 contribuições mensais (regra geral de carência*), exceto acidentes de qualquer natureza ou doenças graves específicas.



*A carência do INSS é o número mínimo de contribuições mensais exigidas para que o segurado tenha direito a um benefício.

Duração do Período de Graça

O período de graça é o tempo em que o trabalhador mantém a qualidade de segurado do INSS e o direito a benefícios (auxílio-doença, salário maternidade, pensão por morte, aposentadorias, auxílio-reclusão aos dependentes do segurado) mesmo sem contribuir, variando geralmente entre 3 a 36 meses após a última contribuição. Ele protege contra infortúnios durante desemprego, doenças, morte e acidentes.

Principais períodos:

- **Sem limite de prazo** enquanto o segurado estiver recebendo benefício previdenciário (exceto auxílio-acidente, por ser um complemento de natureza indenizatória, recebido enquanto o segurado trabalha, permitindo-lhe contribuir ao mesmo tempo);
- **Até 12 meses** após cessar as contribuições (em regra) ou fim de licença/suspensão sem remuneração;
- **12 meses** após livramento para segurados detidos (prisão) ou reclusos (doenças de afastamento forçado do paciente do convívio social e profissional- segregação compulsória);
- **Até 24 meses (12+12)** para quem já pagou mais de 120 contribuições (10 anos) ininterruptas sem perder a qualidade de segurado;
- **Até 36 meses (12+12+12)** para quem tem mais de 120 contribuições (10 anos) e comprove situação de desemprego involuntário (ex: seguro-desemprego);
- **6 meses** para segurados facultativos (que pagam por conta própria);
- **3 meses** para segurado incorporado às Forças Armadas após o licenciamento.

Documentos necessários para garantir que seu benefício seja aprovado:

- Documento de identificação com foto (RG ou CNH), CPF, Carteira de Trabalho (CTPS) para empregados, carnês de pagamento (para contribuintes individuais/facultativos);
- Atestado, e laudo com grau de comprometimento e evolução prognóstica legível, com nome completo, data de emissão (últimos 90 dias), diagnóstico com CID, tempo de afastamento e assinatura/carimbo do médico (máximo de 180 dias);
- Para empregados, documento da empresa com a Data do Último Dia Trabalhado (DUT).

Como solicitar:

Atualmente, é possível fazer uma solicitação online, por análise documental, com afastamento de até 90 dias (com direito a prorrogação), pelo “Meu INSS” (aplicativo ou site). Em casos de dificuldade, maior complexidade ou recusa da análise documental, é necessário agendar uma Perícia Presencial pela central telefônica 135.

Fique atento: a prorrogação do auxílio deve ser solicitada nos últimos 15 dias antes da data final do benefício, pelos mesmos canais da solicitação.

APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE

A Aposentadoria por Incapacidade Permanente (antiga aposentadoria por invalidez) é paga pelo INSS ao segurado (a) que, após perícia médica, é comprovado incapaz de realizar qualquer trabalho, sem possibilidade de reabilitação.



Documentos necessários para garantir que seu benefício seja aprovado:

- Documento de identificação com foto (RG ou CNH), CPF, Carteira de Trabalho (CTPS) para empregados, carnês de pagamento (para contribuintes individuais/facultativos);
- Laudo médico original e atualizado com grau de comprometimento e evolução prognóstica, legível (com CID-10, descrição da doença, assinatura e carimbo do médico);
- Exames de imagem e laboratoriais (ressonâncias, tomografias, raios-X) que comprovem a incapacidade;
- Prontuários hospitalares e relatórios de internação;
- Receituários de medicamentos e notas fiscais de compra de remédios;
- Atestados médicos antigos para demonstrar a evolução da doença;
- CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) em caso de acidente de trabalho ou doença ocupacional.

Como solicitar:

O pedido é feito diretamente pelo “Meu INSS” (aplicativo ou site) ou telefone 135, com agendamento da perícia médica. Durante a perícia, o médico do INSS avaliará se a condição é temporária (auxílio-doença) ou permanente (aposentadoria). Beneficiários podem passar por reavaliação a cada dois anos, portanto, mantenha contato e acesso ao médico que o acompanha.

Atenção: Não é preciso pagar para solicitar o BPC! Só procure um advogado ou a Defensoria Pública (DPE) se o pedido for negado pelo INSS.

SAQUE EMERGENCIAL DO FGTS / PIS-PASEP

O PIS/PASEP foi unificado ao FGTS, permitindo o saque por doenças graves que acometam o trabalhador ou o seu dependente, como: neoplasia maligna- câncer, HIV, estágio terminal de vida, cardiopatia grave, parkinson, alienação mental, cegueira, paralisia irreversível, hanseníase, hepatopatia/nefropatia grave, tuberculose ativa, contaminação por radiação.



Onde solicitar:

- PIS (iniciativa privada): Compareça a qualquer agência da Caixa Econômica Federal.
- PASEP (servidor público): Compareça a qualquer agência do Banco do Brasil.
- Aplicativo FGTS: em alguns casos, a solicitação pode ser feita pelo aplicativo do FGTS, na opção “Meus Saques”, selecionando o motivo “Doença Grave”.

Para liberar o valor, a Caixa e o Banco do Brasil exigem documentos que comprovem a identidade, a doença e o vínculo empregatício:

- Laudo médico original com CID-10, descrição da doença, grau de comprometimento e evolução prognóstica, e se o paciente está sintomático, assinatura e carimbo do médico (máximo de 1 ano);
- Carteira de Trabalho (CTPS);
- Documento de identificação com foto (RG ou CNH);
- CPF;
- Para dependentes: certidão de nascimento, casamento, união estável, e os documentos pessoais dos mesmos;
- Número PIS/PASEP/NIS.

ACRÉSCIMO DE 25% NA APOSENTADORIA POR INCAPACIDADE PERMANENTE (INVALIDEZ)

O acréscimo de 25% na aposentadoria é exclusivo para aposentados por incapacidade permanente (invalidéz), que necessitam de auxílio definitivo de outra(s) pessoa(s) nas atividades diárias (banho, alimentação, mobilidade, entre outras), ou para pessoas em avaliação para aposentadoria por invalidez que tiver uma ou mais das seguintes doenças:

- Cegueira total;
- Perda de nove ou mais dedos das mãos;
- Paralisia dos dois braços ou pernas;
- Perda das pernas, quando a prótese for impossível;
- Perda de uma das mãos e de dois pés, ainda que a prótese seja possível;
- Perda de um braço e uma perna, quando a prótese for impossível;
- Alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social, ou seja, dificuldade em organizar o pensamento, o raciocínio e a tomada de decisões para fazer as atividades de vida diária e sociais sozinho;
- Doença que deixe a pessoa acamada.

Como solicitar:

O pedido é feito pelo site ou aplicativo “Meu INSS” (opção “Solicitar Acréscimo de 25%”), ou telefone 135.

Documentos necessários para garantir que seu benefício seja aprovado:

- Da pessoa titular: RG, CIN, CNH ou CTPS, e CPF;
- Da pessoa por procuração: RG, CIN, CNH ou CTPS, CPF, procuração pública, e termo de representação legal (curatela, tutela ou guarda);
- Durante a análise a pessoa poderá ser chamada para realizar perícia, em local, dia e hora marcados pelo próprio INSS. No dia da perícia, a pessoa deve mostrar seus documentos de identificação e todos os documentos médicos (atestado, laudo ou relatório) e exames originais.

LICENÇA MÉDICA (ENTENDENDO COMO FUNCIONA)

A licença médica é o direito de afastamento remunerado do trabalho, garantido por lei (CLT ou estatutos de servidores públicos) quando o funcionário está temporariamente impossibilitado de exercer suas funções por doença ou acidente, permitindo a recuperação da saúde física ou psicológica do trabalhador.

Nos primeiros 15 dias, a empresa paga o salário, a partir do 16º dia, o INSS assume (veja o item auxílio por incapacidade), e no caso do serviço público, o servidor mantém a remuneração pelo estado e/ou município (consulte o RH do município e/ou do estado para saber como dar entrada e quais os documentos).



Nota: em ambas situações o tempo de serviço conta como efetivo tempo de contribuição e/ou exercício, e no caso do empregado de empresas privadas, após o seu retorno, o mesmo tem estabilidade de 12 meses.

MEDICAMENTOS

A distribuição de medicamentos no SUS é coordenada pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde (SMS), e pelo Ministério da Saúde (Governo Federal), a partir do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, desde a atenção básica, até a alta complexidade.

No município, a assistência farmacêutica está localizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS/ Postinho de Saúde), **no estado**, na Farmácia Especializada da Paraíba, através do Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (CEDMEX), e pelo Núcleo de Assistência Farmacêutica na Paraíba (NAF), para demandas judiciais, e **pelo Governo Federal** nas farmácias privadas credenciadas com o selo “**Aqui Tem Farmácia Popular**”.



Todos os medicamentos disponíveis que são distribuídos gratuitamente pelo SUS de forma direta estão contidos em duas listas que são atualizadas a cada 2 anos: é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e a Relação Municipal de Medicamentos (REMUNE).

Documentos necessários para atendimento da sua receita:

Nas UBS e farmácias privadas credenciadas com o selo “Farmácia Popular”, é necessário apresentar receita médica original (da rede pública ou privada), cartão SUS do seu município, documento oficial com foto, e CPF.

No CEDMEX, além dos documentos pessoais do paciente (RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência), e do responsável (quando se tratar de um menor de idade ou pessoa incapacitada fisicamente), é responsabilidade do médico preencher e entregar ao paciente um conjunto de formulários, conforme os guias informativos para cada tipo de doença, disponíveis no site do governo (relação/requerimento de documentos para solicitação de medicamentos, laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamento (LME), notificação de receita, laudo médico, termo de esclarecimento e responsabilidade, exames que justifiquem o uso da medicação), inclusive, uma folha da Declaração Autorizadora, para os responsáveis de pessoas incapacitadas fisicamente.

Nota: se a sua medicação não constar nas listas oficiais, você vai precisar entrar com uma ação judicial (judicialização) para conseguir a sua medicação.

Passo a Passo para Judicialização:

1. **Obtenha a Negativa Formal:** abra um protocolo/processo de solicitação do seu medicamento na Secretaria de Saúde do município ou estado, quando negarem, solicite por escrito a negativa de fornecimento. Isso demonstra que o SUS não fornecerá o medicamento administrativamente. Você também pode fazer uma ouvidoria e anexar no processo.
2. **Prepare o Laudo Médico:** o médico deve emitir laudo detalhando o diagnóstico, o por que os medicamentos do SUS não funcionam ou não podem ser usados, e a imprescindibilidade do medicamento solicitado.
3. **Reúna Documentação:** RG, CPF, Cartão SUS, comprovante de residência, comprovante de renda (baixa renda) e o laudo médico.
4. **Judicialização (Ação Judicial):** com a negativa, procure a Defensoria Pública do seu estado ou união para ingressar com ação, pois o direito à saúde é garantido constitucionalmente, mesmo fora das listas.

Nota: para pessoas de baixa renda, procure o Serviço Social da unidade de saúde que o acompanha e/ou no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), para anexar na juntada de documentos um relatório social e um encaminhamento demonstrando a hipossuficiência da família.

LEITES, FÓRMULAS E DIETAS ENTERAIS

A distribuição gratuita de leites, fórmulas infantis especiais e dietas enterais no SUS a pacientes com necessidade nutricional comprovada é uma obrigatoriedade tanto do município quanto do estado, coordenada pelas Secretarias Municipais ou Estaduais de Saúde, a partir do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, desde a atenção básica, até a alta complexidade.

O art. 2º, da Lei nº 8.080/90 dispõe que a saúde é direito fundamental do ser humano e impõe ao Estado o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício, fornecendo, pelo Poder Público, não apenas medicamentos, como também, suplementos diversos quando indispensáveis à preservação e garantia plena da vida, promovendo saúde e segurança alimentar.



Principais Leites e Fórmulas Disponibilizadas:

- Fórmulas APLV (Alergia à Proteína do Leite de Vaca): base de soja, hidrolisadas ou aminoácidos para casos graves;
- Dietas Enterais e Suplementos: para crianças e adultos com desnutrição ou necessidades nutricionais específicas;
- Leite Integral: distribuído em programas regionais de combate à desnutrição. Na Paraíba, temos o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA-Leite), que fornece de 5 a 7 litros de leite pasteurizado por semana, e o Pão de Leite, que provê um cartão magnético para compra de alimentos.

Documentos necessários para solicitação:

Para os programas PAA-Leite e Pão e Leite, as famílias precisam estar inscritas no Cadastro Único (CadÚnico), com prioridade para famílias do Bolsa Família que estejam em situação de insegurança alimentar, com crianças, gestantes e idosos. O cadastro, geralmente é realizado nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) dos municípios.

Para fórmulas APLV, dietas enterais e suplementos, é preciso dar entrada na solicitação em formulário próprio da secretaria de saúde do município e/ou do estado, com os seguintes documentos:

Médico: atestado e laudo (atualizado) contendo a justificativa da necessidade da fórmula, Classificação Internacional de Doenças (CID), histórico e quadro clínico atual, além da prescrição médica, que deverá conter o tipo de fórmula, o volume diário a quantidade exata que deverá ser fornecida por mês;

Nutricionista (se houver no serviço de referência): relatório e laudo (atualizado), que deverá conter o tipo de fórmula, o volume diário a quantidade exata que deverá ser fornecida por mês, identicamente a prescrição médica (não pode haver divergência entre um documento e outro);

Pessoais: RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS), e certidão de nascimento para menores de idade, RG e CPF dos seus representantes legais quando menores de idade e/ou constituídos por procuração, comprovante de residência atualizada (últimos 3 meses), formulário próprio do estado/município.

Se o pedido for negado, proceda com a judicialização (Ação Judicial):

Procure a Defensoria Pública do seu estado ou união com a **negativa por escrito**, para ingressar com ação, pois o direito à saúde é garantido constitucionalmente, mesmo fora das listas.

Nota: para pessoas de baixa renda, procure o Serviço Social da unidade de saúde que o acompanha e/ou no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), para anexar na juntada de documentos um relatório social e um encaminhamento demonstrando a hipossuficiência da família.

FRALDAS

A distribuição de fraldas no SUS é coordenada principalmente pelo Ministério da Saúde (Governo Federal), a partir do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, através do programa "Aqui Tem Farmácia Popular", nas farmácias credenciadas. Em João Pessoa, também é possível solicitar na Farmácia Especial da Prefeitura.

Documentos necessários para solicitação:

Na Farmácia Especial da Prefeitura, é necessário apresentar **receita médica original da rede pública de saúde (SUS)** com CID-10, data (de no máximo 60 dias), descrição da doença, assinatura e carimbo do médico, contendo o tipo de fralda (geriátrico ou infantil), o volume diário, e a quantidade exata que deverá ser fornecida por mês, laudo médico com a justificativa da necessidade do uso contínuo de fraldas, documento oficial com foto, registro de nascimento (se menor), cartão SUS do seu município, CPF, e comprovante de residência, - se não possuir, apresente Declaração de Residência fornecida pelo postinho de saúde (UBS), Declaração de Hipossuficiência feita pelo próprio cidadão ou assistente social do CRAS, e no caso de pessoas incapacitadas ou menores de idade, além da procuração particular específica (validade de 01 ano), todos os documentos pessoais.

Através do programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, é necessário apresentar **receita médica original particular ou do SUS**, com nome completo do paciente, CID-10, o tipo de fralda (geriátrico ou infantil), o volume diário, e a quantidade exata que deverá ser fornecida por mês, data (de no máximo 180 dias), assinatura e carimbo do médico, laudo médico com a justificativa da necessidade do uso contínuo de fraldas, documento oficial com foto, registro de nascimento (se menor), CPF, e no caso de pessoas incapacitadas ou menores de idade, além da procuração particular específica, todos os documentos pessoais.

Quando o paciente estiver acamado, interno e incapacitado de reger os próprios atos em alguma unidade de saúde (clínicas, hospitais, UPA's, etc):

Além dos documentos descritos acima, a família e/ou o (a) acompanhante do paciente pode solicitar uma declaração médica, conforme o modelo abaixo, para tentar a retirada.

Nota: algumas farmácias fornecem as fraldas dessa maneira, já que uma declaração médica é considerada um documento jurídico com fé pública, se não liberar, você vai precisar iniciar um processo de Curatela (interdição Judicial). Nesse caso, você terá que solicitar um Laudo Médico que declare e justifique que o paciente é incapaz de reger os próprios atos.

Modelo Declaração:

Declaro para todos e devidos fins que o paciente ...(nome completo)..., encontra-se interno nesta unidade de saúde desde ...(data)..., e que devido a sua condição ...(descrição do quadro com CID-10)..., encontra-se acamado e não tem condições de sair do hospital, sendo acompanhado por ...(nome completo, CPF e grau de parentesco).

ÓRTESES, PRÓTESES, E MEIOS AUXILIARES DE LOCOMOÇÃO (OPMS)

A distribuição de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPMs) pelo SUS é de responsabilidade dos Estados e Municípios (Secretarias de Saúde), através do Centro de Reabilitação e Cuidados da Pessoa com Deficiência (CRCPD)-Cais de Jaguaribe, e pela Oficina Ortopédica da PB (Funad).



Porta de Entrada para solicitação e dispensação de OPMS:

UNIDADE DE SAÚDE	PROFISSIONAL	AÇÕES/ATENDIMENTOS/ PROCEDIMENTOS
Unidade Básica de Saúde (UBS)	Médico (Clínico Geral)	Avaliação clínica e encaminhamento para outras especialidades médicas conforme necessidade (fisioterapeuta, ortopedista, etc), bem como, para os Centros Especializados em Reabilitação (CER), Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência (Funad), e Centro de Reabilitação e Cuidados da Pessoa com Deficiência (CRCPD).
CER, CRCPD, FUNAD, HOSPITAL DE TRAUMA, TRAUMINHA, Hospitais e clínicas com especialidade em ortopedia e traumatologia conveniados pelo SUS	Ortopedista	Avaliar a necessidade, ministrar conduta, solicitar exames complementares conforme o quadro clínico, se necessário, emitir laudo médico detalhado com o CID (Classificação Internacional de Doenças), prescrever a OPMS, e fazer encaminhamento para solicitação do dispositivo de tecnologia assistiva adequado à sua reabilitação, independência e autonomia.

Documentos necessários para solicitação:

Laudo médico detalhado, com CID-10 e justificativa da necessidade do dispositivo de tecnologia assistiva, contendo data, carimbo e assinatura do profissional, além da prescrição da OPM e encaminhamento, documento oficial com foto, registro de nascimento (se menor), CPF, cartão SUS do seu município, comprovante de residência.

Onde dar entrada no pedido da OPM:

Centro de Reabilitação e Cuidados da Pessoa com Deficiência (CRCPD) - Funciona na Policlínica Municipal de Jaguaribe (antigo Cais), na Rua Alberto de Brito, nº 413, Jaguaribe.

Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência (Funad) - Rua João Teixeira de Carvalho, s/n, no Pedro Gondim, em João Pessoa. O prédio fica anexo às dependências da Funad.

Prazo: a confecção e entrega podem levar semanas ou meses, dependendo da demanda e/ou da complexidade do item.

Manutenção: se o equipamento quebrar, a oficina que o forneceu (geralmente a FUNAD) é responsável pelo ajuste ou conserto.

Em caso de demora: se o posto de saúde não encaminhar ou houver muita demora, procure Assistência Social do município e/ou o Ministério Público com as cópias do processo que foi entregue.

TRANSPORTE

O direito ao transporte é garantido pela portaria Portaria SAS/MS nº 55/1999 desde 1999.

É **dever** (obrigação) do Estado, em sentido amplo (toda a estrutura do poder público), de modo indistinto por todos os seus entes federados – União, Estados, Distrito Federal, Municípios, administração direta e indireta - de **assegurar o direito à saúde, na forma dos artigos 6º, 23 (II) e 196, todos da Constituição Federal, como um direito social fundamental**, ensejando ações do Estado mediante a implantação e implementação de políticas públicas voltadas à sua promoção.



Dessa maneira, a saúde é um direito social fundamental que estabelece uma competência comum entre todos os entes federados para cuidar da saúde, assistência pública, e proteção das pessoas, garantido por políticas públicas sociais que visem o **acesso universal** às ações de saúde.

Sendo assim, o Poder Judiciário entende que o direito às ações de saúde é uma **obrigação da Administração Pública** que abrange os meios necessários aos recursos e tratamentos, **incluindo o transporte** para o Tratamento Fora do Domicílio (TFD), através da **Portaria SAS/MS nº 55/1999, e Lei nº 15.390, de 15 de abril de 2026** (alteração da Lei 8.080/90).

Portanto, é dever (obrigação) do Município (Prefeitura/Secretaria de Saúde) **oferecer transporte aos usuários do SUS, e aos seus acompanhantes** (se a presença for indicada pela equipe médica ou por alguma lei/direito que a assegure), que precisam de assistência hospitalar/ambulatorial de média ou alta complexidade em outra localidade, desde que esgotados os meios de atendimento no município de residência.

Nota: a solicitação de transporte deve ser realizada na Secretaria de Saúde do município, geralmente com antecedência (recomendado pelo menos 24h a 48h).

Se a Prefeitura/Secretaria de Saúde se recusar a fornecer o transporte:

A negativa da assistência ao transporte se configura como inoperância do Poder Público, e violação desse direito, logo, o usuário do SUS deve exigir o **indeferimento por escrito** (o motivo da negativa), e procurar o **Ministério Público (MP)** local.

SAD

O Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD), conhecido no SUS como “melhor em casa”, oferece atendimento, cuidado e acompanhamento de saúde no domicílio para pacientes acamados ou com mobilidade muito reduzida, e necessidades complexas e frequentes.

O serviço é realizado pela Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar (EMAD), composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social, e pela Equipe Multiprofissional de Apoio (EMAP), que oferece suporte à EMAD, formada por três ou mais profissionais, como nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e dentista.



O objetivo é a desospitalização, reabilitação e conforto, evitando internações prolongadas.

Nota: a família recebe treinamento e apoio contínuo para cuidar do paciente, promovendo maior qualidade de vida.

Principais características e serviços do SAD:

Procedimentos realizados: curativos complexos, manejo de sondas (nasogástrica/enteral), ostomias, ventilação mecânica, reabilitação física e oxigenoterapia.

Como solicitar:

O acesso ocorre via hospitais, UPA's ou pela Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu território, através de uma requisição ou relatório médico que justifique a necessidade de acompanhamento domiciliar contínuo, para dar entrada no pedido de avaliação na Secretaria de Saúde do seu município ou estado.

Nota: o SAD é um serviço complementar, não substituindo atendimentos de urgência/emergência. Isso significa dizer que em caso de urgência/emergência a família deve acionar o SAMU ou levar o paciente ao serviço de referência (Hospitais ou UPA's).

HOME CARE

O programa e/ou serviço oferecido pelo SUS mais próximo de um Home Care é o SAD, entretanto, para casos graves e complexos que exijam internação domiciliar com estrutura hospitalar (UTI em casa, aparelhos de ventilação mecânica e técnicos de enfermagem 24 horas), você deve dar entrada numa solicitação administrativa na Secretaria de Saúde do Estado e do Município, se o pedido for negado, o serviço pode ser garantido por meio de uma ação judicial com o auxílio da Defensoria Pública.



Como solicitar:

Peça ao médico que acompanha o paciente (na UBS, UPA ou hospital) um laudo médico detalhado contendo o nome completo do paciente, o código CID da doença, a justificativa técnica indicando que o tratamento domiciliar é indispensável para a recuperação e manutenção da vida, bem como, para evitar riscos de infecções hospitalares, a descrição dos equipamentos, medicações, procedimentos e a frequência de enfermagem, e profissionais, necessários.

Se a via administrativa falhar tanto no município quanto no estado, proceda com a judicialização (Ação Judicial):

1º Registre uma reclamação nos órgãos de Fiscalização: Ouvidoria-geral do SUS (OuvSUS) ou no Ministério Público (estadual ou federal).

2º Procure a Defensoria Pública do seu estado ou união com a negativa por escrito, para ingressar com ação judicial com pedido de liminar, pois o direito à saúde é garantido constitucionalmente.

Nota: para pessoas de baixa renda, procure o Serviço Social da unidade de saúde que o acompanha e/ou no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), para anexar na juntada de documentos um relatório social e um encaminhamento demonstrando a hipossuficiência da família.

TRATAMENTO FORA DO DOMICÍLIO (TFD)

O TFD (Tratamento Fora de Domicílio) é um benefício do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante ajuda de custo para transporte (terrestres, aéreos ou fluviais), alimentação e diárias de hospedagem a pacientes e acompanhantes – desde que justificado pelo médico – que precisam se deslocar para outras cidades para realizar exames, consultas ou tratamentos médicos de média e alta complexidade na rede pública, conveniada ou contratada do SUS, quando o tratamento não está disponível no município de origem do paciente.



Como solicitar:

O médico que acompanha o paciente pelo SUS deve preencher o Laudo de TFD, justificando a necessidade do tratamento em outro local, inclusive, da necessidade do acompanhante, já o paciente, deve juntar ao laudo as suas documentações gerais e as do seu acompanhante, além dos exames, cartão do SUS e comprovante de residência. O pedido é analisado pela Secretaria de Saúde do município, que verifica a disponibilidade do procedimento e autoriza ou não o auxílio. Após a aprovação e regulação da vaga na cidade de destino, o paciente é orientado sobre a viagem e os repasses financeiros.

Nota: o município é o responsável principal pelo custeio e execução do TFD (passagens, alimentação e hospedagem). Se o pedido for negado, para formalizar o problema, **exija a negativa por escrito** do município, contendo a justificativa médica e administrativa.

Se o pedido foi negado pelo município, você pode e deve buscar os seguintes responsáveis para reverter a situação:

1º - A responsabilidade pela saúde é solidária entre os entes federativos (Município, Estado e União). Caso o município se omita, o Estado deve garantir o acesso ao tratamento. Dessa maneira, **procure a Secretaria Estadual de Saúde do estado** com todos os documentos do TFD, e a negativa do município.

Se a via administrativa falhar tanto no município quanto no estado, proceda com a judicialização (Ação Judicial):

2º Procure a Defensoria Pública do seu estado ou união com a negativa por escrito, para ingressar com ação judicial com pedido de liminar, pois o direito à saúde é garantido constitucionalmente.

3º Registre uma reclamação nos órgãos de Fiscalização: Ouvidoria-geral do SUS (OuvSUS) ou no Ministério Público (estadual ou federal).

Nota: para pessoas de baixa renda, procure o Serviço Social da unidade de saúde que o acompanha e/ou no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), para anexar na juntada de documentos um relatório social e um encaminhamento demonstrando a hipossuficiência da família.

DOENÇAS COM ISENÇÃO DE CARÊNCIA NO INSS

A carência do INSS é o número mínimo de contribuições mensais exigidas para que o segurado tenha direito a um benefício. Ela é contada em meses (não em dias) e exige que os pagamentos estejam em dia, sobre um valor igual ou superior ao salário mínimo.



O tempo exigido varia conforme o benefício:

- **Aposentadorias** (Idade ou Tempo de Contribuição): 180 meses (15 anos);
- **Auxílio por Incapacidade Temporária** (auxílio-doença) e **Aposentadoria por incapacidade permanente** (invalidez): 12 meses (1 ano);
- **Salário-Maternidade**: 10 meses (para contribuintes individuais, facultativas e especiais; empregadas não têm carência);
- **Auxílio-Reclusão**: 24 meses (2 anos);
- **Auxílio-Acidente e Pensão por Morte**: Não exigem período de carência.

No entanto, **algumas doenças dão direito a isenção de carência no INSS.**

A isenção permite que segurados (contribuintes) solicitem benefícios por incapacidade temporária ou aposentadoria por invalidez sem precisar cumprir o requisito padrão de 12 contribuições mensais. Para obter a liberação, a doença deve constar na lista oficial e a incapacidade total para o trabalho deve ser comprovada.

As principais condições clínicas que isentam o segurado do tempo de carência são:

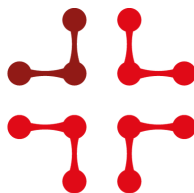
Tuberculose ativa
Hanseníase
Alienação mental
Neoplasia maligna (câncer)
Cegueira
Paralisia irreversível e incapacitante
Cardiopatia grave
Doença de Parkinson
Espondilite anquilosante
Nefropatia grave
Estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante)
Síndrome da deficiência imunológica adquirida (Aids)
Hepatopatia grave
Esclerose múltipla
Acidente vascular encefálico (agudo)
Abdome agudo cirúrgico

Nota: a isenção também se aplica aos seguintes cenários:

- Acidente de qualquer natureza: Abrange qualquer evento externo, súbito e violento que cause incapacidade, seja um acidente de trânsito, doméstico ou de lazer (não precisa ter relação com o trabalho).
- Doença profissional ou do trabalho: Enfermidades adquiridas especificamente pelo exercício da profissão (doença profissional) ou desencadeadas pelas condições em que o trabalho é realizado (doença do trabalho)

Para fazer valer esse direito, preste atenção:

Ao solicitar o benefício por qualquer uma dessas condições, é obrigatório passar por avaliação médico-pericial, onde o perito do INSS irá comprovar a sua condição clínica, o nexo causal (relação da doença com o trabalho) ou a lesão decorrente do acidente, portanto, é importantíssimo que você **solicite ao médico que o acompanha o laudo definitivo com grau de comprometimento e evolução prognóstica**, contendo a descrição da condição de saúde do paciente, diagnósticos, exames e tratamentos (junte as receitas médicas para fortalecer o pedido).



**HOSPITAL
METROPOLITANO**
DOM JOSÉ MARIA PIRES

PB SAÚDE
FUNDAÇÃO PARAIBANA DE GESTÃO EM SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**