

PROGRAMA

**ONCO  
VIDA**

ELETROS-SAÚDE

**QUIMIOTERÁPICO ORAL**



"Designed by malyzz / Freepik" / "Designed by Photovajaty / Freepik"

**CARTILHA**

ANS - n.º 31.390-4

 Eletros-Saúde

# **SOBRE O PROGRAMA**

O OncoVida Quimioterápico Oral é um programa oferecido pelo Eletros-Saúde aos beneficiários com direito à medicação quimioterápica oral prescrita pelo seu médico, desde que esteja em concordância com a DUT 64 da ANS. A compra é feita pelo Eletros-Saúde diretamente com os fornecedores e entregue na residência do beneficiário, sem custo adicional nenhum. Além do conforto no recebimento, a entrega domiciliar contribui para o engajamento e adesão ao tratamento.

Os beneficiários participantes do Programa têm à sua disposição uma Assistente do Cuidado, que é uma Enfermeira, para acompanhamento e orientações durante o Programa.

**Importante: a medicação concedida pelo Programa OncoVida Eletros-Saúde Quimioterápico Oral deve estar em concordância com a DUT 64 da ANS. [Clique aqui](#) e confira a DUT 64, a partir da página 62.**

# DIFERENCIAIS

- Promove a saúde e a qualidade de vida dos beneficiários participantes.
- Adquire medicamentos quimioterápicos via oral diretamente com os fornecedores, desde que estejam em concordância com a DUT 64 da ANS, realizando a entrega dos mesmos, sem custo, no domicílio dos beneficiários participantes do Programa, contribuindo para a redução do custo assistencial.



- Monitora todo o tratamento para que seja feito com êxito e no tempo correto.
- Contribui para o engajamento e adesão do beneficiário no tratamento.
- Oferece cobertura de exames e procedimentos ambulatoriais condizentes com a patologia e de acordo com o regulamento do plano.

## QUAL A COBERTURA?

- Medicamentos quimioterápicos via oral, de acordo com a indicação e solicitação do médico assistente, desde que estejam em concordância com a DUT 64 da ANS.

Todas as solicitações são submetidas à segunda opinião médica especializada em oncologia.

## QUEM PODE PARTICIPAR?

- Beneficiários dos planos do Eletros-Saúde portadores de Neoplasia.

## COMO PARTICIPAR?

- Encaminhe os documentos necessários para o e-mail [autorizacaomedica@eletros.com.br](mailto:autorizacaomedica@eletros.com.br) ou compareça à Central de Relacionamento do Eletros-Saúde com a documentação necessária, nos dias disponíveis para atendimento.



# DOCUMENTOS PARA ADESÃO

- Laudo atualizado do médico oncologista contendo nome completo do beneficiário, data de emissão, diagnóstico, assinatura do médico responsável, carimbo com CRM e especialidade.
- Resultado do exame laboratorial que identificou a patologia oncológica e outros exames pertinentes à patologia ou solicitados pela área médica do Eletros-Saúde.



- Receita médica atualizada para a administração de quimioterapia oral, datada, assinada, carimbada pelo médico oncologista, contendo posologia e tempo de administração, apresentação comercial, princípio ativo e via de administração.
- Formulário de solicitação de quimioterapia (anexo) preenchido pelo médico assistente.
- Aceite do termo de adesão (anexo).

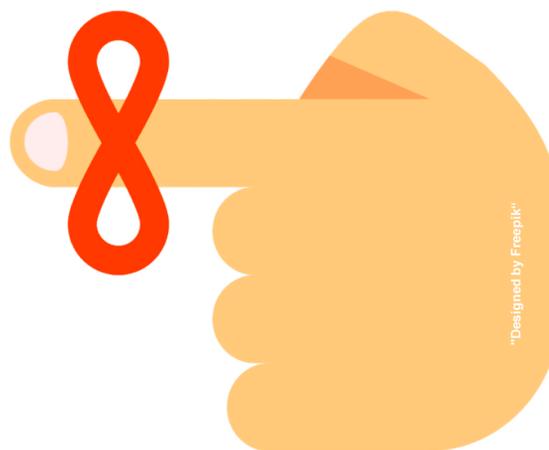
# COMPROMISSOS

## Do beneficiário participante do programa:

- Aderir ao programa, aceitando o termo de adesão, e cumprir com as obrigações constantes no documento.
- Cumprir rigorosamente o tratamento proposto pelo seu médico assistente.
- Entrar em contato com a Central de Relacionamento do Eletros-Saúde para esclarecimento de todas as dúvidas relacionadas ao Programa. A Assistente do Cuidado do Eletros-Saúde poderá te auxiliar.
- Solicitar a aquisição de medicamento à Central de Relacionamento do Eletros-Saúde, sempre com a antecedência de, aproximadamente, 7 dias antes do início do próximo ciclo.
- Informar à Central de Relacionamento do Eletros-Saúde quando da alteração ou conclusão do tratamento.
- Renovar a receita médica junto ao médico assistente, a cada 180 dias, a contar da data de emissão, para encaminhamento ao Eletros-Saúde junto com o laudo médico com a evolução do tratamento.
- Manter-se em dia com a mensalidade do Plano.

# LEMBRE-SE

- A receita médica tem validade **de 180 dias**.
- Solicite à Assistente do Cuidado do Eletros-Saúde seu medicamento com a antecedência **de 7 dias úteis**.
- Entre em contato com a Central de Relacionamento do Eletros-Saúde para o esclarecimento de todas as dúvidas relacionadas ao Programa.
- Os medicamentos quimioterápicos via oral adquiridos pelo programa devem estar em concordância com a DUT 64 da ANS.
- O envio dos documentos médicos não é garantia da autorização do medicamento. Os mesmos passarão pela análise técnica do Eletros-Saúde.



**Importante:** Caso haja mudança na programação do tratamento, entre em contato com o Eletros-Saúde imediatamente.

**Para mais informações, entre em contato com a Central de Relacionamento do Eletros-Saúde.**

**Atendimento Telefônico:**

(21) 2138-6000 – Opção 1

De segunda a sexta-feira, das 8h às 17h.

**Atendimento Presencial:**

Endereço: Rua Uruguaiana, 174 / 5º andar

- Terças, quartas e quintas-feiras, das 10h às 15h30.
- Segundas e sextas-feiras, mediante agendamento.

E-mail: [autorizacaomedica@eletros.com.br](mailto:autorizacaomedica@eletros.com.br)

Site: [www.eletrossaude.com.br](http://www.eletrossaude.com.br)



Prestador: _____	Matrícula: _____
Usuário: _____	Matrícula: _____
Sexo: _____	Data de Nascimento: _____
Médico: _____	Patrocinadora: _____
	Matrícula: _____

Código(s) de Honorários:

Tipo de Tratamento:  Ambulatorial  Internado

Se necessidade de hospitalização, justificar:

**Tipo de Quimioterapia:**

1ª Linha  2ª Linha  3ª Linha  Outras Linhas

**Finalidade:**  Curativa  Neoadjuvante  Adjuvante  Paliativo  Associado à Radioterapia

**Primeiro Tratamento**

**Diagnóstico:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

**Estádio:** \_\_\_\_\_ **T:** \_\_\_\_\_ **N:** \_\_\_\_\_ **M:** \_\_\_\_\_

**Ecala ECOG:** \_\_\_\_\_ **CID10:** \_\_\_\_\_

**Recidiva**

Tratamentos anteriores (descrever drogas utilizadas): \_\_\_\_\_

Data da recidiva/progressão: \_\_\_\_\_ Performance Status Atual: \_\_\_\_\_

**Protocolo**

Sigla ou Descrição: \_\_\_\_\_ **Quantos Ciclos:** \_\_\_\_\_

**Ciclo Atual:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Sup. Corporal:** \_\_\_\_\_ **Ciclos previstos:** \_\_\_\_\_

Medicamentos Pré e QT	Dose p/ m <sup>2</sup>	Unid.	Dias	Dose Total	Via adm.

**Tratamento Radioterápico**

Tipo:  Exclusiva  Combinada c/QT  Paliativa  Curativa  Combinada c/Cirurgia

Aparelho: \_\_\_\_\_

**Tipo de Tratamento**

	Dose Total	Frações Dia	Nº de Campos
Tumor primário/Leito Tumoral	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Área de Drenagem Linfática	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Metástase	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Local Irradiado: \_\_\_\_\_

Braquiterapia c/Anestesia:  Não  Sim **Justificativa:** \_\_\_\_\_

Anestesia:  Não  Sim **Justificativa:** \_\_\_\_\_

Data da Solicitação: \_\_\_\_\_

Data da autorização: \_\_\_\_\_

COM COBERTURA  
 SEM COBERTURA  
 PENDENTE: VIDE ANEXO

Assinatura e CRM do médico solicitante

Assinatura e CRM do médico auditor

Observação: \_\_\_\_\_

**Para que o tratamento seja autorizado, é necessário preenchimento de todos os campos acima.  
As informações constantes são de caráter confidencial. Este formulário deverá acompanhar a conta do paciente.**

**TERMO DE ADESÃO PARA FORNECIMENTO DE MEDICAMENTO  
QUIMIOTERÁPICO VIA ORAL**

Nome do Beneficiário:	
Número da carteirinha:	Plano:
Endereço:	CEP:
E-mail:	Telefone:
Nome do Medicamento:	Médico solicitante e CRM:
<p>Prezado beneficiário, leia com atenção os termos e condições abaixo antes de preencher o formulário.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Estou ciente de que o início do recebimento do medicamento somente ocorrerá após elegibilidade das informações.</li><li>2. Estou ciente que todos os medicamentos quimioterápicos via oral adquiridos pelo programa devem estar em concordância com a DUT 64 da ANS vigente.</li><li>3. Estou ciente de que devo renovar a receita médica e o laudo junto ao médico assistente, a cada 180 dias, ou caso haja alteração do tratamento.</li><li>4. Caso haja a interrupção ou cancelamento do tratamento comprometo-me a notificar de imediato o Eletros-Saúde.</li><li>5. O medicamento quimioterápico oral somente poderá ser utilizado por mim, beneficiário informado neste termo.</li><li>6. Estou ciente das sanções previstas no regulamento do plano de saúde, capítulo VII, em caso de constatação de utilização indevida do medicamento.</li></ol> <p>Para formalização do benefício devem-se observar os seguintes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Prazo – a solicitação para análise deverá ocorrer em até 7 dias úteis após o recebimento da documentação necessária e o resultado da segunda opinião médica especializada;</li><li>2. Forma – preencher e assinar o presente formulário;</li><li>3. Procedimento – encaminhar o presente documento preenchido e assinado para a Autorização Médica do Eletros-Saúde, pelo e-mail <a href="mailto:autorizacaomedica@eletros.com.br">autorizacaomedica@eletros.com.br</a> - em formato PDF ou compareça à Central de Relacionamento com a documentação, nos dias disponíveis para atendimento.</li></ol>	
Li e concordo com as regras que regem o fornecimento de medicamento quimioterápico oral e por livre iniciativa requero o fornecimento do mesmo, conforme prescrição médica.	
<b>ASSINATURA</b>	
Rio de Janeiro,	Assinatura do Beneficiário ou Responsável legal

**Para mais informações:****Central de Relacionamento do Eletros-Saúde****Tel: (21) 2138-6000 – Opção 1****E-mail: [autorizacaomedica@eletros.com.br](mailto:autorizacaomedica@eletros.com.br)****Endereço: Rua Uruguaiana, 174 / 5º andar**