



BCSaúde

Tabela de Radioterapia e Medicina Nuclear BC Saúde

Julho/2026

Sumário

I.	Disposições Gerais.....	4
II.	Consultas com Especialistas	6
III.	Exames de Planejamento para Radioterapia	7
IV.	Pacotes de Radioterapia	8
a)	Radioterapia por tratamento completo.....	8
b)	Radioterapia craniana por estereotaxia – Por tratamento.....	9
c)	Radiocirurgia craniana por Gamma-Knife – Por tratamento.....	9
d)	Acompanhamento do neurocirurgião – por tratamento.....	9
e)	Taxa de IGRT (quando aplicável).....	10
V.	Tratamentos Complementares	11
VI.	Pacotes de PET CT	12
VII.	Pacotes de Cintilografias	13
VIII.	Demais Exames de Medicina Nuclear	14
IX.	Pacotes de Tratamentos Nucleares	15
X.	Parâmetros de Precificação dos Demais Exames Nucleares.....	16

Apresentação

A Tabela de Radioterapia e Medicina Nuclear do BC Saúde estabelece as regras para a cobertura dos serviços nela constantes no âmbito do Programa de Assistência à Saúde dos Servidores do Banco Central – PASBC (BC Saúde), mantido pelo Banco Central do Brasil para a assistência à saúde de seus servidores e respectivos dependentes.

Os valores constantes nesta tabela destinam-se ao custeio dos atendimentos realizados por entidades credenciadas, observadas as condições de cobertura, autorização e faturamento previstas neste instrumento e nos normativos vigentes.

A presente tabela será objeto de revisões periódicas, com vistas à atualização técnica e à adequação às boas práticas clínicas, às diretrizes assistenciais e à legislação aplicável. Eventuais ajustes estarão condicionados à observância das regras vigentes e à avaliação técnica dos casos concretos, quando aplicável.

A versão atualizada desta tabela é disponibilizada aos credenciados na área restrita do Portal BC Saúde (<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/bcsaude>), Informações gerais sobre o Programa, incluindo contatos de atendimento, constam na área pública do Portal.

I. Disposições Gerais

1. A concessão dos serviços constantes na Tabela de Radioterapia e Medicina Nuclear será realizada em conformidade com as disposições estabelecidas neste documento, observadas as regras vigentes do PASBC, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), as Diretrizes de Utilização (DUT) aplicáveis, bem como as normas complementares e o Manual do Prestador do BC Saúde, quando couber.
2. Para atendimento a beneficiários do Programa, o credenciado deverá solicitar a apresentação do cartão BC Saúde válido (físico ou virtual) ou da autorização provisória, acompanhado de documento de identificação. Deverão ser observadas as carências, quando existentes.
3. No momento do atendimento, recomenda-se verificar a elegibilidade do beneficiário na área restrita do Portal BC Saúde (<https://www.bcb.gov.br/acessoinformacao/bcsaude>).
4. O credenciamento implica o aceite de todos os valores aqui especificados, sendo proibida a cobrança particular de algum desses eventos pelo prestador.
5. Os procedimentos constantes nesta tabela necessitam de autorização prévia, com exceção das Consultas com Especialistas e Exames de Imagem para Planejamento Radioterápico. O pedido de autorização deve ser acompanhado de relatório circunstanciado contendo a identificação do médico solicitante (nome e número de registro no respectivo conselho de classe) e sua assinatura (física ou digital).
6. Para autorizações de terapias radioterápicas ou nucleares, o relatório deverá indicar a patologia, a localização e o seu estágio, bem como o objetivo terapêutico do tratamento e a codificação do procedimento conforme este documento. Caso necessário, laudos de exames diagnósticos prévios, podem ser necessários.
7. As solicitações de autorização para radioterapia deverão ser encaminhadas com a descrição completa do tratamento, não sendo admitidos pedidos parciais.
8. Os pacotes de radiocirurgia, incluindo as técnicas por estereotaxia e por Gamma Knife, não contemplam honorários para neurocirurgião. Havendo participação desse profissional, a cobrança deverá ocorrer de forma complementar, mediante autorização prévia, com a devida justificativa clínica, registro em prontuário e comprovação de compatibilidade com o procedimento realizado.
9. Nos procedimentos radioterápicos que, em razão de suas características técnicas, de complexidade operacional ou de requisitos de segurança assistencial, demandem internação hospitalar para sua adequada e segura execução, a diária já estará contemplada no pacote assistencial previamente autorizado, por se tratar de condição inerente à realização do tratamento.
10. Nas situações em que a internação hospitalar decorrer de condições clínicas, tais como agravamento do quadro clínico ou complicações relacionadas à doença de base, a diária de internação deverá ser faturada pelo hospital de

forma independente, mediante autorização. Nesses casos, o pacote de radioterapia previamente autorizado será mantido como ambulatorial, não havendo conversão automática do procedimento para regime de internação.

11. Para atendimento a beneficiários do Programa, o credenciado deverá solicitar a apresentação do cartão BC Saúde válido (físico ou virtual) ou da autorização provisória, acompanhado de documento de identificação. Deverão ser observadas as carências, quando existentes.
12. Eventuais casos omissos ou excepcionais em relação à presente tabela serão precedidos de análise técnica individualizada, considerando a indicação clínica e a compatibilidade com as diretrizes assistenciais vigentes. Se necessário, poderão ser estabelecidas negociações pontuais para definição de pacotes assistenciais específicos.
13. Para fins de faturamento, deverá ser anexada à conta a guia TISS devidamente preenchida contendo o código do pacote, a região anatômica tratada, a modalidade terapêutica e as informações assistenciais pertinentes ao tratamento realizado, incluindo data de execução e assinatura do beneficiário ou de seu representante legal.
14. A forma de remuneração de eventos e de pacotes de radioterapia e medicina nuclear será aquela expressamente indicada nesta tabela, não sendo admitida interpretação extensiva ou cobrança diversa do previsto.
15. É vedada a cobrança de itens extra pacote, salvo quando expressamente previstos e previamente autorizados. Não será permitida cobrança concomitante de pacote e conta aberta para o mesmo procedimento.
16. Os contrastes utilizados nos exames de imagem de planejamento serão remunerados de maneira fracionada sempre que possível, conforme valores constantes da tabela Brasíndice, com inflator de 25% sobre o Preço de Fábrica (PF) correspondente.
17. Para fins de pagamento dos radiofármacos, será adotada como referência a tabela Brasíndice (Preço de Fábrica-PF pleno) vigente à data do atendimento, desde que os itens não estejam incluídos em pacotes contratados.
18. Na hipótese de o medicamento radiofármaco ou contraste estar descontinuado pelo fabricante, o pagamento será realizado com base no valor da última publicação disponível nas tabelas Brasíndice, conforme regras acima.
19. Caso o item não conste em nenhuma dessas publicações, o prestador deverá notificar previamente o BC Saúde para análise e validação antes da utilização do medicamento ou radiofármaco. A precificação será realizada com base no valor da nota fiscal apresentada, acrescido de 15%.
20. A inobservância das regras estabelecidas neste documento poderá ensejar glosa total ou parcial das cobranças apresentadas.
21. Todos os medicamentos utilizados e faturados deverão possuir registro ativo na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na data do atendimento.

II. Consultas com Especialistas

Codificação	Descrição	Valor
1.01.01.69-1	Cons. com Especialista em Radioterapia	R\$ 300,00
1.01.01.64-0	Cons. com Especialista em Medicina Nuclear	R\$ 300,00

1. A consulta em radioterapia será remunerada apenas na primeira avaliação, estando as subseqüentes incluídas no pacote.
2. A consulta com especialista em Medicina Nuclear será passível de cobrança somente quando vinculada aos tratamentos do item IX contemplados nesta tabela, destinada à avaliação terapêutica, definição do protocolo e programação do procedimento.

Codificação	Descrição	Valor
4.07.08.14-4	Revisão de PET-CT por procedimento	R\$ 380,00

1. A cobrança da revisão de PET-CT será permitida apenas quando houver reavaliação integral das imagens por médico distinto do responsável pelo laudo inicial, mediante justificativa clínica. A revisão compreende a análise das imagens previamente adquiridas e a emissão de novo laudo, sendo vedada sua cobrança concomitante à realização do exame original.

III. Exames de Planejamento para Radioterapia

Regional	4.10.01.53-2 TC para planejamento oncológico	4.11.01.66-9 RM para planejamento oncológico
Belém/PA	R\$ 411,99	R\$ 830,13
Belo Horizonte/MG	R\$ 496,89	R\$ 976,13
Brasília/DF	R\$ 524,10	R\$ 1.008,15
Curitiba/PR	R\$ 599,75	R\$ 1.057,50
Fortaleza/CE	R\$ 443,95	R\$ 897,47
Porto Alegre/RS	R\$ 599,75	R\$ 1.057,50
Recife/PE	R\$ 494,39	R\$ 897,47
Rio de Janeiro/RJ	R\$ 498,89	R\$ 1.008,15
Salvador/BA	R\$ 498,89	R\$ 1.008,15
São Paulo/SP	R\$ 498,89	R\$ 1.008,15

Codificação	Procedimento	Valor
80.07.1163	Taxa de Administração de Contraste Endovenoso	R\$ 240,00

1. A cobrança de taxa de infusão será permitida exclusivamente para administração de contraste endovenoso, não sendo aplicável nos casos de administração por via oral.
2. O valor inclui todas as taxas, os materiais e os honorários necessários para a aplicação do contraste endovenoso em exames de imagem.
3. O contraste será pago conforme itens 16, 18 e 19 das Disposições Gerais desta tabela.

IV. Pacotes de Radioterapia

1. Os pacotes de radioterapia foram estruturados conforme a técnica radioterápica empregada, a região anatômica tratada e a complexidade técnico-assistencial do procedimento, podendo abranger diferentes indicações clínicas correlatas.
2. Os pacotes foram definidos por tratamento radioterápico completo, compreendendo a integralidade dos componentes assistenciais necessários à adequada execução, abrangendo as diferentes técnicas e tecnologias de radioterapia, conforme indicação clínica.
3. Estão incluídos nos pacotes os honorários médicos das especialidades envolvidas durante todo o período do tratamento (exceto anestesiológista e neurocirurgião); os materiais; os medicamentos, inclusive sedação; os demais insumos necessários à realização do tratamento; os sistemas de imobilização; a taxa de uso dos equipamentos; e os serviços relacionados aos procedimentos de radioterapia.
4. Não estão incluídos nos pacotes a consulta inicial com médico especialista em radioterapia; os honorários médicos de anestesiológista e de neurocirurgião, quando necessários à execução do procedimento; e os exames necessários à condução terapêutica, planejamento, acompanhamento ou controle do tratamento.

a) Radioterapia por tratamento completo

Codificação	Descrição	Valor
4.12.03.05-4.10	Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) - por tratamento	R\$ 21.000,00
4.12.03.06-2.10	Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear - por tratamento	R\$ 16.000,00
4.12.03.07-0.10	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons – por tratamento	R\$ 15.000,00
4.12.03.08-9.10	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear só com Fótons – por tratamento	R\$ 13.000,00
4.12.03.09-7.10	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Unidade de Telecobalto - por tratamento	R\$ 13.000,00
4.12.03.10-0.10	Radioterapia de Corpo Inteiro (TBI)- por tratamento	R\$ 18.000,00
80.10.0104	Braquiterapia independente da técnica - por tratamento	R\$ 16.000,00

1. Referente ao código 80.10.0104: o pacote contempla diferentes técnicas de braquiterapia, incluindo as modalidades intracavitária, intersticial, endoluminal e por moldagem ou contato, em baixa ou alta taxa de dose, conforme indicação clínica e planejamento terapêutico.

b) Radioterapia craniana por estereotaxia – Por tratamento

Codificação	Descrição	Valor
4.12.03.02-0.10	Radiocirurgia (RTC) - nível 1, lesão única e/ou um isocentro - por tratamento (Por estereotaxia)	R\$ 18.500,00
4.12.03.03-8.10	Radiocirurgia (RTC) - nível 2, duas lesões e/ou dois a quatro isocentros - por tratamento (Por estereotaxia)	R\$ 20.000,00
4.12.03.04-6.10	Radiocirurgia (RTC) - nível 3, três lesões e/ou mais de quatro isocentros - por tratamento (Por estereotaxia)	R\$ 23.200,00
4.12.03.13-5.10	Radioterapia Estereotáxica - Por tratamento	R\$ 22.000,00

- Os pacotes de radiocirurgias (RTC) por estereotaxia deverão contemplar integralmente o tratamento proposto, incluindo todas as etapas assistenciais e as técnicas necessárias à sua execução.
- Referente ao código 4.12.03.13-5.10: o pacote contempla integralmente o tratamento proposto, incluindo o primeiro dia de tratamento e todos os dias subsequentes necessários à sua conclusão.

c) Radiocirurgia craniana por Gamma-Knife – Por tratamento

Codificação	Procedimento	Valor
4.12.03.02-0.20	Radiocirurgia (RTC) - por tratamento (Gamma Knife)	R\$28.000,00

- O pacote de radiocirurgia realizado por meio da tecnologia Gamma Knife deverá contemplar integralmente o tratamento proposto, independentemente da classificação em níveis (1, 2 ou 3). Estão incluídos todos os atos necessários à sua execução, desde o planejamento até a realização do tratamento.

d) Acompanhamento do neurocirurgião – por tratamento

Codificação	Descrição	Valor
3.14.01.42-2	Acompanhamento médico do neurocirurgião nos procedimentos de radiocirurgia – por tratamento.	R\$ 6.700,00

- O acompanhamento do neurocirurgião, quando necessário para a realização do tratamento radioterápico, será remunerado uma única vez por tratamento completo.

e) Taxa de IGRT (quando aplicável)

Codificação	Descrição	Valor
80.02.0100	Radioterapia Guiada por Imagem (IGRT/taxa adicional)	R\$ 4.500,00

1. A utilização de radioterapia guiada por imagem (IGRT) poderá ser autorizada quando justificada em função da técnica radioterápica empregada ou da necessidade de maior precisão no posicionamento do paciente.
2. Para fins de faturamento, a taxa de IGRT deverá constar na autorização prévia emitida pelo BC Saúde e deverá ser comprovada em prontuário.

V. Tratamentos Complementares

Codificação	Descrição	Valor
3.02.02.159	Laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em beneficiários com diagnóstico de câncer em região de cabeça e pescoço, por sessão	R\$ 150,64
	Laserterapia de baixa intensidade para prevenção e tratamento de mucosite oral em beneficiários com diagnóstico de câncer hematopoiético, quando a proposta terapêutica for o transplante de medula óssea, por sessão	
	Laserterapia de baixa intensidade para tratamento de mucosite oral em beneficiários com diagnóstico de câncer hematopoiético, por sessão	

1. Para fins de cobertura, o credenciado deverá ser habilitado para uso de laser e de laserterapia em pacientes oncológicos, bem como ser, preferencialmente, especialista em estomatologia.
2. Para cobertura, é necessário relatório médico circunstanciado indicando a necessidade do tratamento e a quantidade de sessões de laser.

VI. Pacotes de PET CT

Codificação	Descrição	Valor
4.07.08.12-8.10	PET CT dedicado oncológico	R\$ 3.616,54
4.07.08.12-8.20	PET/CT dedicado oncológico com análogo Somatostatina	R\$ 4.520,67

- Estão incluídos nos pacotes: Todo e quaisquer honorário inclusive laudo evolutivo, materiais necessários para realização do exame; soluções inerentes, medicamentos incluindo radiofármaco, taxas, administração do radiofármaco, serviços de enfermagem, custo de preparo e manipulação do radiofármaco, equipe assistencial e monitorização durante o exame; manejo de intercorrências imediatas relacionadas ao tratamento.

VII. Pacotes de Cintilografias

Codificação	Descrição	Valor
4.07.03.05-3.10	Cintilografia de corpo inteiro para pesquisa de metástase PCI	R\$ 2.900,00
4.07.01.06-9.10	Cintilografia miocárdica de perfusão em repouso	R\$ 900,00
4.07.01.14-0.10	Cintilografia miocárdica de perfusão em estresse físico	R\$ 900,00
4.07.01.13-1.10	Cintilografia miocárdica de perfusão em estresse farmacológico	R\$ 900,00
4.07.06.01-0.10	Cintilografia óssea (corpo total)	R\$ 700,00
4.07.07.03-2.10	Cintilografia de perfusão cerebral	R\$ 1.750,00
4.07.07.09-1.10	Cintilografia perfusão cerebral para avaliação de transportadores de dopamina	R\$ 4.300,00

1. Estão incluídos nos pacotes: Todo e quaisquer honorário, materiais necessários para realização do exame; soluções inerentes, medicamentos incluindo radiofármaco, taxas, administração do radiofármaco, serviços de enfermagem, custo de preparo e manipulação do radiofármaco, equipe assistencial e monitorização durante o exame; manejo de intercorrências imediatas relacionadas ao exame.
2. O procedimento 4.07.01.14-0.10 (cintilografia com estresse) contempla o teste ergométrico necessário para sua execução.

VIII. Demais Exames de Medicina Nuclear

1. Demais exames de medicina nuclear não empacotados deverão ser faturados em conta aberta, conforme valores de porte e UCO abaixo e parâmetros da seção X:

UCO	R\$ 14,15	Filme	R\$ 30,00
------------	------------------	--------------	------------------

Porte	Valor	Porte	Valor
1A	R\$ 12,86	8A	R\$ 583,29
1B	R\$ 25,72	8B	R\$ 611,55
1C	R\$ 38,58	8C	R\$ 648,85
2A	R\$ 51,45	9A	R\$ 689,55
2B	R\$ 67,82	9B	R\$ 753,99
2C	R\$ 80,26	9C	R\$ 830,84
3A	R\$ 109,67	10A	R\$ 891,89
3B	R\$ 140,14	10B	R\$ 966,50
3C	R\$ 160,52	10C	R\$ 1.072,75
4A	R\$ 191,04	11A	R\$ 1.134,93
4B	R\$ 209,13	11B	R\$ 1.244,58
4C	R\$ 236,26	11C	R\$ 1.365,54
5A	R\$ 254,34	12A	R\$ 1.415,27
5B	R\$ 274,69	12B	R\$ 1.521,53
5C	R\$ 291,64	12C	R\$ 1.864,04
6A	R\$ 317,65	13A	R\$ 2.051,69
6B	R\$ 349,30	13B	R\$ 2.250,64
6C	R\$ 382,08	13C	R\$ 2.489,16
7A	R\$ 412,60	14A	R\$ 2.774,02
7B	R\$ 456,68	14B	R\$ 3.018,19
7C	R\$ 540,33	14C	R\$ 3.329,05

2. Radiofármacos devem ser faturados conforme regras 17 a 19 das Disposições Gerais.
3. Para infusão do radiofármaco, pode ser faturada a taxa especificada abaixo.

Codificação	Procedimento	Valor	Composição
80.10.0260	Taxa de Administração de Radiofármaco	R\$ 240,00	O valor inclui todas as taxas, materiais e honorários necessários para a aplicação do radiofármaco em exames de imagem, excluindo o radiofármaco em si, que será pago conforme as regras de medicamentos desta tabela. A cobrança depende do ato da aplicação, não da quantidade de eventos realizados durante o procedimento diagnóstico.

4. A cobrança da taxa de infusão será exclusivamente para administração de radiofármacos por via endovenosa, não sendo aplicável nos casos de administração por via oral. A referida taxa será passível de cobrança apenas para exames sem pacote previamente acordado entre as partes.

IX. Pacotes de Tratamentos Nucleares

Codificação	Descrição	Tipo	Valor
4.07.10.09-2.10	Tratamento de tumores neuroendócrinos 177Lu-DOTATATE	Sessão	R\$ 16.000,00
4.07.10.04-1.10	Tratamento de câncer da tireóide	Procedimento	R\$ 5.500,00
4.07.10.04-1.20	Tratamento de câncer da tireóide (inclui a Alfatirotropina)	Procedimento	R\$ 12.000,00

1. Referente aos códigos 4.07.10.09-2.10, estão inclusos honorários, taxas, gases, soluções, medicamentos, materiais necessários para realização do procedimento, soluções inerentes, radiofármacos, taxas, administração do radiofármaco, serviços de enfermagem, custos de preparo e manipulação do radiofármaco, equipe assistencial, monitorização durante o tratamento, cintilografia para Pesquisa de Corpo Inteiro (PCI) pós-dose terapêutica, terapia oncológica, planejamento e 1º dia de tratamento.
2. Referente ao código 4.07.10.04-1.10, estão inclusos honorários, materiais, soluções, medicamentos (exceto Alfatirotropina), incluindo radiofármaco, taxas, preparo e manipulação do radiofármaco, cintilografia para Pesquisa de Corpo Inteiro (PCI) e diária se necessários.
3. O evento 4.07.10.04-1.20 tem composição idêntica ao item anterior incluindo-se a medicação Alfatirotropina.

X. Parâmetros de Precificação dos Demais Exames Nucleares

MEDICINA NUCLEAR 4.07.00.00-3**CARDIOVASCULAR - IN VIVO 4.07.00.00-3**

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40701018	40701018	Angiografia radioisotópica	SIM	SIM	60 DIAS	2A	1	5,839	0,36
40701026	40701026	Cintilografia com hemácias marcadas	SIM	SIM	60 DIAS	3A	1	28,173	0,38
40701034	40701034	Cintilografia do miocárdio com duplo isótopo (perfusão + viabilidade)	SIM	SIM	60 DIAS	3B	1	13,595	0,57
40701042	40701042	Cintilografia do miocárdio com FDG-18 F, em câmara híbrida	SIM	SIM	60 DIAS	3C	1	53,016	0,38
40701050	40701050	Cintilografia do miocárdio necrose (infarto agudo)	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	16,987	0,38
40701077	40701077	Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas - esforço	SIM	SIM	60 DIAS	3A	1	17,576	0,76
40701085	40701085	Cintilografia sincronizada das câmaras cardíacas - repouso	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	13,595	0,38
40701093	40701093	Fluxo sanguíneo das extremidades	SIM	SIM	60 DIAS	2A	1	6,573	0,48
40701107	40701107	Quantificação de "shunt" da direita para a esquerda	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	13,372	0,57
40701115	40701115	Quantificação de "shunt" periférico	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	14,706	0,57
40701123	40701123	Venografia radioisotópica	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	13,143	0,57
40701158	-	Cintilografia de perfusão do miocárdio, associada à Dobutamina	SIM	SIM	60 DIAS	3C	1	23	0,57

DIGESTIVO - IN VIVO 4.07.02.00-6

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40702014	40702014	Cintilografia das glândulas salivares com ou sem estímulo	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	12,751	0,48
40702022	40702022	Cintilografia do fígado e do baço	SIM	SIM	60 DIAS	2A	1	12,797	0,57
40702030	40702030	Cintilografia do fígado e vias biliares	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	17,485	0,95
40702049	40702049	Cintilografia para detecção de hemorragia digestória ativa	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	16,103	0,57
40702057	40702057	Cintilografia para detecção de hemorragia digestória não ativa	SIM	SIM	60 DIAS	3A	1	31,679	0,95

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40702065	40702065	Cintilografia para determinação do tempo de esvaziamento gástrico	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	7,374	0,76
40702073	40702073	Cintilografia para estudo de trânsito esofágico (líquidos)	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	4,733	0,76
40702081	40702081	Cintilografia para estudo de trânsito esofágico (semi-sólidos)	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	4,755	0,76
40702090	40702090	Cintilografia para pesquisa de divertículo de Meckel	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	12,811	0,57
40702103	40702103	Cintilografia para pesquisa de refluxo gastro-esofágico	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	6,687	0,76
40702111	40702111	Fluxo sanguíneo hepático (qualitativo e quantitativo)	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	4,782	0,48
40702146	-	Cintilografia, receptores da Somatostatina com lutécio - 177	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	18,48	0,95

ENDÓCRINO - IN VIVO 4.07.03.00-2

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40703010	40703010	Cintilografia da tireóide e/ou captação (iodo - 123)	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	12,617	0,19
40703029	40703029	Cintilografia da tireóide e/ou captação (iodo - 131)	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	12,617	0,19
40703037	40703037	Cintilografia da tireóide e/ou captação (tecnécio - 99m TC)	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	8,927	0,19
40703045	40703045	Cintilografia das paratireóides	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	24,663	0,57
40703061	40703061	Teste de estímulo com TSH recombinante	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	7,513	0,19
40703070	40703070	Teste de supressão da tireóide com T3	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	4,560	0,19
40703088	40703088	Teste do perclorato	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	3,932	0
40703096	-	Cintilografia de corpo inteiro com metaiodobenzilguanidina - iodo-123	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	37,46	0,95
40703100	-	Cintilografia de corpo inteiro com MIBI marcada com tecnécio - 99m	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	37,46	0,95

GENITURINÁRIO - IN VIVO 4.07.04.00-9

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40704017	40704017	Cintilografia renal dinâmica	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	13,201	0,57
40704025	40704025	Cintilografia renal dinâmica com diurético	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	21,191	0,76
40704033	40704033	Cintilografia renal estática (quantitativa ou qualitativa)	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	11,747	0
40704041	40704041	Cintilografia testicular (escrotal)	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	8,946	0,77
40704050	40704050	Cistocintilografia direta	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	11,786	0,76
40704068	40704068	Cistocintilografia indireta	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	10,435	0,76
40704076	40704076	Determinação da filtração glomerular	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	2,539	0
40704084	40704084	Determinação do fluxo plasmático renal	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	2,539	0
40704092	-	Renograma	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	2,539	0

HEMATOLÓGICO - IN VIVO 4.07.05.00-5

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40705013	40705013	Cintilografia do sistema retículo-endotelial (medula óssea)	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	5,234	0,57
40705021	40705021	Demonstração do seqüestro de hemácias pelo baço	SIM	SIM	60 DIAS	2A	1	4,243	0,57
40705030	40705030	Determinação da sobrevivência de hemácias	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	2,713	0
40705048	40705048	Determinação do volume eritrocitário	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	0,895	0
40705056	40705056	Determinação do volume plasmático	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	0,895	0
40705064	40705064	Teste de absorção de vitamina B12 com cobalto - 57 (teste de Schilling)	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	0,895	0

MÚSCULO-ESQUELÉTICO - IN VIVO 4.07.06.00-1

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40706028	40706028	Fluxo sangüíneo ósseo	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	3,419	0,38

NERVOSO - IN VIVO 4.07.07.00-8

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40707016	40707016	Cintilografia cerebral	SIM	SIM	60 DIAS	2A	1	9,236	0,57
40707024	40707024	Cintilografia cerebral com FDG-18 F, em câmara híbrida	SIM	SIM	60 DIAS	3C	1	53,016	0,57
40707040	40707040	Cisternocintilografia	SIM	SIM	60 DIAS	3B	1	32,535	0,95
40707059	40707059	Cisternocintilografia para pesquisa de fístula liquórica	SIM	SIM	60 DIAS	3B	1	32,535	0,95
40707067	40707067	Fluxo sangüíneo cerebral	SIM	SIM	60 DIAS	1C	1	4,296	0,38
40707075	40707075	Mielocintilografia	SIM	SIM	60 DIAS	3B	1	14,087	0,95
40707083	40707083	Ventrículo-cintilografia	SIM	SIM	60 DIAS	3B	1	14,087	0,95

ONCOLOGIA / INFECTOLOGIA - IN VIVO 4.07.08.00-4

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40708012	40708012	Cintilografia com análogo de somatostatina	SIM	SIM	60 DIAS	3A	1	18,480	0,95
40708020	40708020	Cintilografia com gálio-67	SIM	SIM	60 DIAS	3A	1	22,813	0,95
40708039	40708039	Cintilografia com leucócitos marcados	SIM	SIM	60 DIAS	3A	1	19,956	0
40708047	40708047	Cintilografia com MIBG (metaiodobenzilguanidina)	SIM	SIM	60 DIAS	3A	1	26,423	0,95
40708055	40708055	Cintilografia de corpo total com FDG-18 F, em câmara híbrida	SIM	SIM	60 DIAS	3C	1	53,016	0,95
40708063	40708063	Cintilografia de mama (bilateral)	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	24,613	0
40708071	40708071	Demarcação radioisotópica de lesões tumorais	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	14,347	0
40708080	40708080	Detecção intraoperatória radioguiada de lesões tumorais	SIM	SIM	60 DIAS	6A	1	14,347	0
40708098	40708098	Detecção intraoperatória radioguiada de linfonodo sentinela	SIM	SIM	60 DIAS	6A	1	14,347	0
40708101	40708101	Linfocintilografia	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	7,877	0,57
40708110	40708110	Quantificação da captação pulmonar com gálio-67	SIM	SIM	60 DIAS	2B	1	13,608	0,57

RESPIRATÓRIO - IN VIVO 4.07.09.00-0

CÓDIGO TUSS	CBHPM	EVENTO/TERMO	COBERTURA BC SAÚDE	AUTORIZAÇÃO	CARÊNCIA	Porte	Fator Porte	UCO	Filme
40709019	40709019	Cintilografia para detecção de aspiração pulmonar	SIM	SIM	60 DIAS	2A	1	4,790	0,57
40709027	40709027	Cintilografia pulmonar (inalação)	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	10,660	0,57
40709035	40709035	Cintilografia pulmonar (perfusão)	SIM	SIM	60 DIAS	2C	1	8,853	0,57