



BCSaúde

Tabela de Terapias Medicamentosas e Procedimentos Associados BC Saúde

Março/2026



Sumário

I.	Disposições Gerais	4
II.	Consulta com Especialistas	7
III.	Pacotes para Taxa de Administração de Terapias Especializadas Endovenosas	8
IV.	Pacotes para Taxa de Administração de Terapias Especializadas não Endovenosas	9
V.	Pacote para Taxa de Infusão por Cateter Totalmente Implantável ou Semi- implantável	10
VI.	Pacote para Implantação de Cateter Venoso Central	11
VII.	Honorários Profissionais Vinculados à Terapia Medicamentosa	12
VIII.	Laserterapia em Tratamentos Oncológicos	13



Apresentação

A Tabela de Terapias Medicamentosas e de Procedimentos Associados do BC Saúde contempla todos os serviços dessa natureza, exceto em casos de internação, passíveis de cobertura pelo 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 dos respectivos dependentes.

Os valores desta tabela se aplicam ao custeio dos atendimentos realizados por entidades credenciadas.

Destaca-se que a cobertura dos eventos presentes neste documento está sujeita às normas de regulamentação gerais do Programa e às disposições a seguir.

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

I. Disposições Gerais

1. Esta tabela contempla a prestação de serviços relacionada à administração ou ao fornecimento de medicações em ambiente ambulatorial ou domiciliar, limitando-se aos seguintes tipos de medicamentos:
 - a) Medicamentos oncológicos: assim considerados os medicamentos utilizados em tratamentos oncológicos, independentemente da via de administração ou do valor, abrangendo:
 - i. Medicamentos antineoplásicos: utilizados para tratamento direto da neoplasia maligna;
 - ii. Medicamentos adjuvantes: utilizados após o tratamento primário da neoplasia maligna, para potencializar a terapia curativa; e
 - iii. Medicamentos para efeito adverso, quando administrados durante o atendimento oncológico ambulatorial: utilizados para tratar quadros secundários ao tratamento oncológico.
 - b) Medicamentos ambulatoriais: assim considerados os medicamentos que demandem a participação de profissional de saúde (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem) para sua administração, conforme indicação em bula, bem como aqueles que sejam classificados como restrito hospitalar; e
 - c) Medicamentos de alto custo: assim considerados aqueles de uso oral ou subcutâneo (sem necessidade de aplicação por profissional de saúde), cujo enquadramento como de alto custo seja confirmado pela regulação do Programa, após avaliação do valor mensal de tratamento envolvido.
2. Os medicamentos abrangidos por esta tabela poderão ser administrados:
 - a) De forma assistida: quando houver indicação em bula que determine a participação de profissional de saúde para a administração ou a necessidade de monitorização, em razão do risco clínico, do tempo de infusão ou outra condição especificada em bula; e
 - b) De forma oral ou subcutânea: quando a terapia permita a autoadministração em domicílio pelo beneficiário ou por seu responsável legal, sem necessidade de monitorização assistencial durante ou após a administração prevista em bula.
3. As medicações, as taxas e os pacotes abrangidos por esta tabela demandam autorização prévia, exceto os medicamentos para efeitos adversos que serão administrados durante o tratamento oncológico ambulatorial e a taxa de heparinização.
4. A autorização prévia será concedida em conformidade com as disposições estabelecidas neste instrumento, observadas as normas vigentes do Programa, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e as respectivas Diretrizes de Utilização (DUT), quando aplicáveis.
5. Para fins de autorização, será exigido o código TUSS do medicamento e a prescrição médica válida, emitida por profissional médico há, no máximo, 60 (sessenta) dias (exceto quando houver normativo específico estabelecendo prazo diverso), contendo indicação clínica ou diagnóstico codificado (CID), posologia e tempo de tratamento. Caso não haja indicação do código TUSS do medicamento, a regulação do BC Saúde realizará o enquadramento.
6. A prescrição deverá conter identificação completa do emissor (nome e número de inscrição no conselho de classe), data e assinatura. Assinaturas digitais serão aceitas desde que reconhecidas pelos Conselhos competentes. A prescrição poderá ser acompanhada de relatório médico com informações complementares, quando necessário.
7. Para autorização de terapias oncológicas, além das especificações usuais que devem constar na prescrição médica, é necessário informar a quantidade de ciclos e os respectivos intervalos, a dosagem dos medicamentos, a forma de administração, a superfície corpórea e o peso utilizados no cálculo da dosagem, além da data prevista para aplicação e a indicação do ciclo atual.
8. Qualquer alteração no protocolo terapêutico, ajuste de dose, troca de medicação ou mudança de linha de tratamento após autorização prévia deverá ser previamente submetida à análise do BC Saúde, acompanhada de

relatório médico justificando a modificação.

9. O BC Saúde somente cobre medicamentos com registro ativo na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
10. Para a dispensação de medicamentos de uso oral domiciliar, deverão ser observados, obrigatoriamente:
 - a) Quantidade de comprimidos ou cápsulas autorizados, conforme prescrição médica e autorização;
 - b) Liberação do medicamento somente após a emissão da autorização; e
 - c) Assinatura do beneficiário ou de seu responsável legal em documento comprobatório de retirada do medicamento, contendo a data, a quantidade dispensada e o nome comercial do fármaco entregue.
11. Excepcionalmente, quando as características do medicamento, o risco clínico, a necessidade de monitorização ou a diretriz técnica específica indicarem a necessidade de administração ou de acompanhamento em ambiente assistencial, a terapia oral poderá ser realizada em regime ambulatorial, mediante autorização prévia, aplicando-se, nesses casos, as regras e os pacotes específicos para a administração assistida.
12. Para fins de precificação dos medicamentos, será adotada como referência a tabela Brasíndice (Preço de Fábrica-PF) vigente na data do atendimento, acrescida dos inflatores pactuados, desde que tal despesa não esteja incluída nos pacotes previamente contratados, observados os seguintes critérios:
 - a) Medicamento ambulatorial (administração assistida ou restrito hospitalar) e medicação para efeitos adversos administrada durante o tratamento oncológico ambulatorial: Preço do Fabricante (PF) da tabela Brasíndice, acrescido de inflator de 16%;
 - b) Medicamento oncológico oral e subcutâneo: PF da tabela Brasíndice acrescido de inflator de 10%; e
 - c) Medicação de alto custo (para fins de referenciamento do prestador na rede credenciada do BC Saúde): PF da tabela Brasíndice, acrescido de inflator de 10%.
13. Caso o medicamento não esteja listado na tabela Brasíndice, será admitida a utilização da tabela Simpro, com aplicação de deflator de 20%.
14. Caso o medicamento seja descontinuado pelo fabricante, a precificação seguirá o valor da última publicação disponível nas tabelas Brasíndice (preferencial) ou Simpro, acrescido do inflator/deflator previsto nos itens anteriores. Caso ele não conste em nenhuma dessas publicações, o prestador deverá notificar previamente o BC Saúde para análise e validação do preço antes da utilização do medicamento.
15. Caso não haja histórico do medicamento em nenhum dos referenciais adotados pelo BC Saúde (tabelas Brasíndice e Simpro), a precificação seguirá o valor descrito na nota fiscal a ser apresentada pelo credenciado, acrescido de taxa de manuseio e de dispensação de 15%.
16. Para fins de faturamento, o prestador deverá apresentar o código TUSS do medicamento, o qual deverá corresponder integralmente à codificação constante na autorização emitida, sob pena de glosa.
17. O BC Saúde autoriza e paga as medicações por miligramagem, de maneira fracionada. A dosagem do medicamento será validada pela auditoria de contas, em conformidade com a autorização emitida.
18. Compete ao prestador verificar a autorização emitida pelo BC Saúde, especialmente quanto às quantidades autorizadas e às condições de fracionamento. Havendo discordância ou necessidade de adequação, deverá ser apresentada justificativa técnica fundamentada para análise prévia pelo setor responsável, antes da administração do medicamento.
19. O credenciado deverá anexar ao faturamento a prescrição médica, a evolução de enfermagem, a checagem de administração e o registro de lotes e de validade dos medicamentos, quando aplicável. Nos casos de procedimentos envolvendo sessões, a guia de atendimento deve mencionar as datas de atendimento, seguidas da assinatura do beneficiário ou de seu responsável legal.

20. No caso de utilização das taxas e dos pacotes de administração previstos nesta tabela, observar que:

- a) Aplicam-se exclusivamente às situações que envolvam administração assistida por profissional de saúde, incluindo os casos em que, excepcionalmente, medicamentos de uso oral exijam observação clínica, em razão de risco assistencial, características farmacológicas ou diretriz técnica específica;
- b) Nos casos em que o medicamento de uso oral ou subcutâneo não demande administração assistida ou observação clínica, a cobertura limitar-se-á ao fornecimento para uso domiciliar, não sendo devidas taxas assistenciais ou aplicação de valores de pacotes, observadas as regras específicas de cobertura; e
- c) É vedada a cobrança de itens que estejam previstos em pacote, salvo quando expressamente autorizados pelo BC Saúde. Não será permitida cobrança concomitante de pacote e de conta aberta para o mesmo atendimento.

II. Consulta com Especialistas

Codificação	Descrição	Valor
1.01.01.187	Consulta oncológica	R\$ 180,00
1.01.01.160	Consulta hematologia e hemoterapia	R\$ 300,00
1.01.01.063	Consulta reumatologia	R\$ 300,00

1. As consultas serão remuneradas ao especialista quando realizadas em clínica ou em consultório, em dia distinto daquele em que ocorrer o tratamento medicamentoso realizado, para fins de avaliação e de acompanhamento do beneficiário.
2. Consulta com oncologista, hematologista e reumatologia não devem ser cobradas simultaneamente quando tais profissionais estiverem atuando em conjunto no mesmo plano terapêutico, sem a adoção de condutas ou de decisões clínicas distintas.

III. Pacotes para Taxa de Administração de Terapias Especializadas Endovenosas

Codificação	Descrição	Tipo	Valor
60.02.3368	Taxa de administração de medicação não oncológica-endovenosa	Uso	R\$ 500,00
60.02.4780	Taxa de administração de medicação oncológica-endovenosa	Uso	R\$ 750,00

1. Estão incluídos nas taxas de administração citadas nesta seção: honorários dos profissionais (para terapia oncológica e imunobiológica); todos os materiais necessários para a infusão; soluções inerentes à aplicação; taxas de sala, de sala de observação, de preparo e de administração dos medicamentos e de equipamentos; serviços de enfermagem; custo de preparo e de manipulação das drogas; equipe assistencial; monitorização durante a sessão; e manejo de intercorrências imediatas relacionadas ao tratamento.
2. Nas taxas mencionadas, já estão contemplados os eventos abaixo, os quais não poderão ser cobrados de forma concomitante com os pacotes abrangidos nesta seção:
 - a) 2.01.04.308 – Terapia Oncológica – Por Dia Subsequente de Tratamento;
 - b) 2.01.04.251 – Terapia Oncológica com Altas Doses – Por Dia Subsequente de Tratamento; e
 - c) 2.01.04.391 – Terapia Imunobiológica Intravenosa (Por Sessão) – Ambulatorial.

IV. Pacotes para Taxa de Administração de Terapias Especializadas não Endovenosas

Codificação	Descrição	Tipo	Valor
60.02.7142	Taxa de administração de medicação não endovenosa sem necessidade de observação	Uso	R\$ 60,00
60.02.8564	Taxa de administração de medicação não endovenosa com necessidade de observação	Uso	R\$ 200,00

1. Estão incluídos nos pacotes de taxas de administração citadas nesta seção: honorários dos profissionais para acompanhamento, por sessão; todos os materiais necessários para a infusão; soluções inerentes à aplicação; taxas de sala, de sala de observação, de preparo e de administração dos medicamentos e de equipamentos; serviços de enfermagem; custo de preparo e de manipulação das drogas; equipe assistencial; observação e monitorização durante a sessão; e manejo de intercorrências imediatas relacionadas ao tratamento.
2. A taxa de administração de medicação não endovenosa sem observação será coberta nos casos em que houver tratamento pontual com medicamento que não demande a necessidade de observação clínica após a aplicação.
3. A taxa de administração de medicação não endovenosa com observação será coberta quando houver necessidade de acompanhamento assistencial, conforme previsto em bula, em razão do risco de reações adversas e da necessidade de observação após a aplicação, seja em função do medicamento, da via de administração ou das condições clínicas do beneficiário.
4. Em ambos os casos, o enquadramento deverá ser compatível com os registros assistenciais e com a evolução de enfermagem, sendo vedada a cobrança concomitante das duas modalidades no mesmo atendimento. A ausência de registro assistencial que justifique a taxa de administração com necessidade de observação clínica inviabiliza o pagamento dessa codificação.
5. Nas taxas mencionadas, já estão contemplados os eventos abaixo, os quais não poderão ser cobrados de forma concomitante com os pacotes abrangidos nesta seção:
 - a) 2.01.04.421 - Terapia imunobiológica subcutânea (por sessão) ambulatorial;
 - b) 2.01.04.510 - Terapia imunobiológica intramuscular (por sessão) – ambulatorial; e
 - c) 2.01.04.430 - Terapia Antineoplásica oral para tratamento do câncer.

V. Pacote para Taxa de Infusão por Cateter Totalmente Implantável ou Semi-implantável

Codificação	Descrição	Tipo	Valor
60.02.5433	Taxa ambulatorial para infusão por cateter totalmente implantável ou semi-implantável	Uso	R\$ 850,00
60.02.6286	Taxa de heparinização/salinização de cateter totalmente implantável ou semi-implantável	Uso	R\$ 250,00

1. Estão incluídos nos pacotes de taxas de infusão citadas nesta seção: todos os honorários e os materiais necessários para a infusão; soluções inerentes à aplicação; taxas de sala, de sala de observação, de preparo e de administração dos medicamentos e de equipamentos; serviços de enfermagem; custo de preparo e de manipulação das drogas; equipe assistencial; monitorização durante a sessão; e manejo de intercorrências imediatas relacionadas ao tratamento.
2. De acordo com protocolos clínicos vigentes, a infusão de medicamentos por cateter pressupõe a necessidade de salinização antes e após o procedimento, bem como de heparinização quando indicado. Portanto, tais procedimentos já estão contemplados no valor do código 60.02.5433, não sendo possível a cobrança concomitante com o código 60.02.6286.
3. O código 60.02.6286 (taxa de heparinização/salinização de cateter totalmente implantável ou semi-implantável) será coberto exclusivamente para fins de manutenção do cateter, quando não estiver diretamente vinculada a uma infusão específica, conforme descrição em prontuário. A ausência de registro assistencial que permita o enquadramento como um evento isolado inviabiliza o pagamento da codificação. Não é necessária autorização prévia para esse procedimento.
4. No valor do código 60.02.5433, já estão contemplados os eventos abaixo, os quais não poderão ser cobrados de forma concomitante com o pacote mencionado:
 - a) 2.01.04.308 – Terapia Oncológica – Por Dia Subsequente de Tratamento;
 - b) 2.01.04.251 – Terapia Oncológica com Altas Doses – Por Dia Subsequente de Tratamento; e
 - c) 2.01.04.391 – Terapia Imunobiológica Intravenosa (Por Sessão) – Ambulatorial.

VI. Pacote para Implantação de Cateter Venoso Central

Codificação	Descrição	Valor
4.08.13.231.70	Colocação Cateter Venoso Central PORTH-A-CATH	R\$ 3.000,00
4.08.13.231.80	Colocação Cateter Venoso Central HICKMAN	R\$ 3.000,00
4.08.13.231.90	Colocação Cateter Venoso Central PICC	R\$ 2.750,00
3.09.13.128.90	Retirada Cateter Venoso Central PORTH-A-CATH/ HICKMAN	R\$ 1.163,00

1. Estão incluídos nos pacotes para implantação de cateter citados nesta seção: todos os honorários profissionais, os materiais (incluindo os cateteres, independentemente do valor), os medicamentos e os insumos necessários para a implantação ou para a retirada do cateter; bem como taxas assistenciais, de sala e de uso de equipamentos, incluindo ultrassonografia, quando necessária, não sendo permitida a cobrança adicional ou apartada de tais itens.

VII. Honorários Profissionais Vinculados à Terapia Medicamentosa

Codificação	Descrição	Valor
2.01.04.294	Terapia Oncológica - Planejamento E 1º Dia de Tratamento	R\$ 280,00
2.01.04.383	Pulsoterapia Intravenosa (Por Sessão) - Ambulatorial	R\$ 207,38
2.01.04.278	Terapia oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas - planejamento	R\$ 184,28
2.01.04.243	Terapia Oncológica Com Altas Doses - Planejamento E 1º Dia De Tratamento	R\$ 363,30

1. Os códigos 2.01.04.29-4 (terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento) e 2.01.04.24-3 (terapia oncológica com altas doses – planejamento e 1º dia de tratamento) serão cobertos exclusivamente quando o tratamento for realizado em regime ambulatorial, não se aplicando a beneficiários internados que necessitem de terapia oncológica., Tais codificações podem ser faturadas apenas uma única vez por ciclo terapêutico, não sendo permitida sua cobrança concomitante com demais eventos previstos nesta seção.
2. O código 2.01.04.24-3(terapia oncológica com altas doses - planejamento e 1º dia de tratamento) será coberto especificamente para os casos de quimioterapia ambulatorial pré-transplante.

VIII. Laserterapia em Tratamentos Oncológicos

Codificação	Descrição	Valor
3.02.02.159	Laserterapia para o tratamento da mucosite oral/orofaringe, por sessão	R\$ 150,64
	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	
	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. O relatório médico circunstanciado deverá indicar as justificativas para o tratamento e a quantidade de sessões necessárias.