



TABELA PRÓPRIA DO PRÓ-SAÚDE

Versão 6

Atualizado em 07.04.17

Código	PROCEDIMENTO	VALOR R\$	Custeio Servidor	Perícia Médica	Emissão De guia
90.02.003-0	Angiotomografia (qualquer segmento)	1.000,00	20 %	SIM	SIM
90.02.016-2	Angiotomografia da aorta torácica + avaliação do <u>escore de cálcio coronariano</u> , <u>reconstrução tridimensional</u> , materiais e medicamentos, filme.	1.900,00	20 %	SIM	SIM
90.01.001-4	Atendimento Pediátrico (em consultório, em horário normal ou preestabelecido)	70,00	30 %	Não	Não
90.01.900-2	Avaliação clínica e eletrônica de paciente portador de marca-passo ou sincronizador ou desfibrilador	154,00	20 %	Não	Não
90.01.131-7	BNP	94,00	20 %	Não	Não
90.01.700-9	Cintilografia cerebral com FDG-18 F ¹ (PET-SCAN/PET-CT)	3.200,00	20 %	SIM	SIM
90.01.700-8	Cintilografia de corpo total com FDG-18 F, (PET-SCAN/PET-CT)	3.200,00	20 %	SIM	SIM
90.01.701-0	Cintilografia do miocárdio com FDG-18 F, (PET-SCAN/PET-CT)	3.200,00	20 %	SIM	SIM
90.02.006-5	Core Biopsy (Ecografia ou Estereotaxia)	500,00	20 %	SIM	SIM
90.04.015-4	Delaminação corneana com fotoablação estromal – LASIK	950,00	40 %	SIM	SIM
90.04.061-9	Dímero D (DD)	94,00	20 %	Não	Não
90.04.014-6	Fotoablação de superfície convencional – PRK	800,00	40 %	SIM	SIM
90.03.073-9	GDX - Análise computadorizada de papila e/ou fibras nervosas - monocular	200,00	20 %	SIM	SIM
90.09.007-2	Histeroendossoneografia / Histerossoneosalpingografia	340,00	20 %	SIM	SIM
90.04.500-0	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) não hormonal (não inclui o dispositivo intra-uterino)	175,44	20 %	Não	Não
90.04.501-0	Implante de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal (não inclui o dispositivo intra-uterino)	175,44	20 %	Não	Não
90.03.073-8	Implante de lente intra-ocular em câmara anterior - lente de ARTISAN monocular	5.500,00	20 %	SIM	SIM
90.00.702-1	Implante intralamelar de córnea monocular - ANEL DE FERRARA	4.000,00	20 %	SIM	SIM
90.04.038-4	Injeção de TRIANCINOLONA intravítreo monocular	1.500,00	20 %	SIM	SIM
90.02.007-4	Mamografia Digital Bilateral (incluído: consulta, exame e filme radiológico)	180,00	20 %	Não	Não
90.02.007-3	Mamotomia por Estereotaxia ou Ultrassonografia, incluído Biópsia percutânea de fragmento mamário (core biopsy) orientada por US ou RX e materiais ²	2.000,00	20 %	SIM	SIM
90.02.007-2	Mamotomia por Ressonância Magnética, incluído Clip marcador.	3.800,00	20 %	SIM	SIM
90.02.007-1	Mamotomia por Ressonância Magnética - lesão adicional, incluído Clip	1.700,00	20 %	SIM	SIM
90.02.101-2	Marcação Pré-cirúrgica por Estereotaxia, orientada por imagem - por mama (ROLL ou Fio Metálico)	450,00	20 %	SIM	SIM
90.02.101-3	Marcação Pré-cirúrgica por Ressonância Magnética (ROLL ou Fio Metálico - por mama / uma lesão)	2.500,00	20 %	SIM	SIM
90.02.101-4	Marcação Pré-cirúrgica por Ressonância Magnética - lesão adicional - (ROLL ou Fio Metálico)	250,00	20 %	SIM	SIM
90.01.015-8	Monitorização de crises (inclui internação e exame)	14.000,00	20 %	SIM	SIM
90.04.035-1	OCT (Tomografia de coerência óptica) de GLAUCOMA (ambos os olhos)	270,00	20 %	SIM	SIM
90.04.035-0	OCT (Tomografia de coerência óptica) de RETINA (ambos os olhos)	300,00	20 %	SIM	SIM
90.02.004-0	Pentacam	100,00	20 %	Não	Não
90.02.007-0	Ressonância Magnética de Mama (bilateral com contraste)	1.150,00	20 %	Não	Não
90.02.002-3	Taxa de Utilização do Aparelho GAMA PROBE	300,00	20 %	SIM	SIM
90.04.038-5	Terapia Antiangiogênica com uso de LUCENTIS	4.000,00	20 %	SIM	SIM
90.03.073-7	Terapia Fotodinâmica PDT (pacote monocular, incluído instrumentador e Kit de Infusão. Não inclui o medicamento Visudyne).	8.000,00	20 %	SIM	SIM
90.04.022-8	Tilt teste	200,00	20 %	SIM	SIM

¹ FDG-18 F = Fluorodeoxiglicose

² O Clip marcador, quando solicitado, deverá ser cobrado separadamente como *despesas com materiais*.



90.02.001-0	Visita Pediátrica	110,00	20 %	SIM	SIM
91.01.000-0	Anticorpos anti peptídeo cíclico citrulinado - IgG	88,00	20 %	Não	Não
91.01.000-1	Antígeno NS1 do vírus da dengue, pesquisa	64,00	20 %	Não	Não
91.01.000-2	Chikungunya, anticorpos	216,00	20 %	Não	Não
91.01.000-3	Dengue, anticorpos IgG, soro (teste rápido)	64,00	20 %	Não	Não
91.01.000-4	Dengue, anticorpos IgM, soro (teste rápido)	64,00	20 %	Não	Não
91.01.000-5	Entamoeba Histolística, Anticorpos IGM – Pesquisa e/ou Dosagem	224,00	20 %	Não	Não
91.01.000-6	Zika Vírus IgG - Qualitativo	244,80	20 %	Não	Não
91.01.000-7	Zika Vírus IgM - Qualitativo	244,80	20 %	Não	Não
91.01.000-8	Zika Vírus Teste Molecular	611,20	20 %	Não	Não
91.01.000-9	Zika Vírus Teste Molecular no Liquor	611,20	20 %	Não	Não
91.01.001-0	PCR PARA ZIKA, CHIKUNGUNYA E DENGUE	301,00	20 %	Não	Não
91.02.000-0	Hemocromatose	185,00	20 %	Não	Não
91.02.000-1	BRCA1 e BRCA2	751,50	20 %	SIM	Não
91.02.000-3	Hibridação In Situ para LLC	3.868,60	20 %	SIM	Não

Orientações:

- 1- Os valores informados contemplam: diárias, honorários, taxas, materiais, medicamentos, filmes e contrastes, quando for o caso e não houver especificação em contrário.
- 2- Para realização dos procedimentos constantes nesta Tabela é necessária a Autorização prévia da Perícia Médica do Pró-Saúde a ser concedida no pedido médico (Bl. A, 4º andar, Sala-418) e Emissão de Guia de Encaminhamento do PRÓ-SAÚDE a ser retirada no SERBEN (Bl. A, 4º andar, Sala-421), **com exceção** dos códigos 90.01.001-4, 90.01.900-2, 90.01.131-7, 90.04.061-9, 90.04.500-0, 90.04.501-0, 90.02.007-4, 90.02.004-0, 90.02.007-0, 91.01.000-0, 91.01.000-1, 91.01.000-2, 91.01.000-3, 91.01.000-4, 91.01.000-5, 91.01.000-6; 91.01.000-7, 91.01.000-8, 91.01.000-9; 91.01.001-0 e 91.02.000-0 .
- 3- Os valores informados para os procedimentos **90.04.500-0** e **90.04.501-0** referem-se apenas aos honorários médicos.
- 4- Para o procedimento 90.01.015-8 (Monitorização de crises), deverão ser emitidas guias para o faturamento dos honorários médicos e para as despesas hospitalares. O exame contempla:
 - a. **Despesas hospitalares** que serão pagas como preço-pacote no valor de **R\$ 4.000,00** (quatro mil reais), incluindo: 5 (cinco) dias de internação em apartamento tipo B; taxa de registro e expediente e taxa de monitorização 24 horas. Havendo a necessidade de extensão do prazo, será pago o valor de R\$ 800,00 (oitocentos reais) por diária adicional. Intercorrências relacionadas ou não ao procedimento serão pagas como adicional.
 - b. **Honorários médicos** que serão pagos como preço-pacote no valor de **R\$ 10.000,00** (dez mil reais). O exame é realizado durante 5 (cinco) dias com o paciente sendo monitorizado diuturnamente pela equipe médica, técnica de eletro, enfermeira e auxiliares.

Versão 1 = **Versão Original da Tabela Própria do Pró-Saúde de 1º/06/2013**

Versão 2 = Tabela alterada em 1º/06/13 – referente a inclusão dos procedimentos 90.01.131-7 e 90.04.061-9.

Versão 3 = Tabela alterada em 1º/09/13 – referente a alteração do percentual de custeio do servidor.

Versão 4 = Tabela alterada em 1º/04/16 – referente a inclusão dos procedimentos: 91.01.000-0, 91.01.000-1, 91.01.000-2, 91.01.000-3, 91.01.000-4, 91.01.000-5, 91.01.000-6, 91.01.000-7, 91.01.000-8, 91.01.000-9, 91.01.001-0, 91.02.000-0, 91.02.000-1 e 91.02.000-3.

Versão 5 = Tabela alterada em 29/06/16 – referente alteração procedimento 90.04.500-0 (apenas honorários) e inclusão do 90.04.501-0.