

50.01.00	GRUPOS	Planos Antigos							Planos Novos		
		PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
50.01.01	CONSULTA PORTO RESIDENCIAL PET	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
10.01.00	CONSULTAS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.01.01	CONSULTA GENERALISTA	SIM	SIM	Sim	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.02	CONSULTA GENERALISTA PARA APLICACAO DE VACINA	SIM	SIM	Sim	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.03	CONSULTA DE EMERGENCIA/URGENCIA	SIM	SIM	Sim	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.04	RETORNO CLÍNICA	SIM	SIM	Sim	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.05	CONSULTA ESPECIALISTA EM NEFROLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.06	CONSULTA ESPECIALISTA EM NEUROLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.07	CONSULTA ESPECIALISTA EM ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.08	CONSULTA ESPECIALISTA EM DERMATOLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.09	CONSULTA ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.10	CONSULTA ESPECIALISTA EM OFTALMOLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.11	CONSULTA ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.12	CONSULTA ESPECIALISTA EM ONCOLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.13	CONSULTA ESPECIALISTA EM GASTROENTEROLOGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.14	CONSULTA ESPECIALISTA EM HEMATOLIGIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.15	CONSULTA PET HOME 1º PET	SIM	SIM	Sim	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.16	CONSULTA PET HOME 2º OU MAIS PETS	SIM	SIM	Sim	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.17	CONSULTA PET HOME PARA APLICACAO DE VACINA	SIM	SIM	Sim	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.18	RETORNO PET HOME ATÉ 30 DIAS (DESLOCAMENTO)	SIM	SIM	Sim	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.19	LOCAÇÃO DE SALA PARA CONSULTA ESPECIALISTA EXTERNO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.01.20	TAXA DE DESLOCAMENTO - ALTA KM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.01.21	CONSULTA + APLICAÇÃO VACINA FILHOTE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
10.01.22	CONSULTA PET HOME PARA APLICAÇÃO DE VACINA FILHOTE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
10.02.00	CIRURGIAS OTOLÓGICAS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.02.01	EXCIÇÃO DA PORÇÃO VERTICAL DO CONDUTO AUDITIVO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.02	OTO-HEMATOMA UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
10.02.03	ABLAÇÃO PAVILHÃO AURICULAR-UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.04	RESSECÇÃO TOTAL CANAL VERTICAL EM T	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.05	ABLAÇÃO TOTAL DO CANAL AUDITIVO COM OSTEOTOMIA LATERAL DA BULA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.06	ABLACAO DO CONDUTO AUDITIVO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.07	OSTEOTOMIA DA BULA TIMPÂNICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.08	RINOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.09	EXCISÃO DE POLIPO OTOLOGICO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.10	ABERTURA OTO-HEMATOMA (DRENO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.11	LAVAGEM OTOLOGICA (BILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.12	CIRURGIA DE ABERTURA DO CONDUTO AUDITIVO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.13	OTO-HEMATOMA BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.02.14	CONCHECTOMIA TERAPEUTICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.00	CIRURGIAS OFTÁLMICAS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.03.01	BLEFAROPLASTIA PARA COLOBOMA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.02	BLEFAROPLASTIA PARA ECTOPIO UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.03	BLEFAROPLASTIA PARA ENTROPIO UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.04	BLEFAROPLASTIA PARA TRIQUIASE UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.05	CALÁZIO – CURETAGEM UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.06	CATARATA – FACECTOMIA (UNILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.07	CERATECTOMIA SUPERFICIAL (UNILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.08	CICLODIATERMIA (GLAUCOMA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.09	CÍLIO ECTÓPICO UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.10	DERMÓIDE (CERATECTOMIA SUP. + RECOBRIMENTO COM A 3ª PÁLPEBRA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.11	DISTIQUIASE (EPILAÇÃO) UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.12	ENTRÓPIO/ECTRÓPIO BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.13	ENTRÓPIO/ECTRÓPIO UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.14	ENUCLEACAO OFTALMICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.15	EVERSÃO DA CARTILAGEM DA TERCEIRA PÁLPEBRA UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.16	EXCISAO DE NEOPLASIA INTRAOCULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.17	EXCISÃO DE NEOPLASIA PALPEBRAL COM RECONSTRUÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.18	FLAP DE TERCEIRA PÁLPEBRA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.19	LACERAÇÃO CORNEAL - UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.20	LACERAÇÃO MARGEM PALPEBRAL – SUTURA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.21	LUXAÇÃO DO CRISTALINO (BILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.22	PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – REPOSI BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM

	Grupos	Planos Antigos							Planos Novos		
10.03.23	PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – REPOSIC UNILAT	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.24	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL PEDICULADO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.25	RECOBRIMENTO LIVRE COM CONJUNTIVA BULBAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.26	RECOBRIMENTO PEDICULADO COM CONJUNTIVA BULBAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.27	REDUÇÃO PROTRUSÃO GLOBO OCULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.28	SEPULTAMENTO DA GLANDULA DA TERCEIRA PALPEBRA BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.29	SEPULTAMENTO DA GLANDULA DA TERCEIRA PALPEBRA UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.30	TARSORRAFIA BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.31	TARSORRAFIA UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.32	TRANSPOSIÇÃO CORNEO-ESCLERAL - UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.33	TRIQUEÍASE UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.34	VIAS LACRIMAIS – FLUSHING	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.03.35	PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – EXCISÃO UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.00	CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTORIO	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.04.01	COLECISTECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.02	COLECISTODUODENOSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.03	COLONOPEXIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.04	CRICOARITENOIDEPEXIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.05	ENTERECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.06	ENTEROANASTOMOSE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.07	ENTEROTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.08	ESOFAGIOMIOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.09	ESOFAGOPLASTIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.10	ESOFAGOTOMIA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.11	ESOFAGOTOMIA TORÁCICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.12	ESPLENECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.13	FARINGOSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.14	GASTRECTOMIA PARCIAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.15	GASTROSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.16	GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA FELINOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.17	GLÂNDULAS SALIVARES (ABLAÇÃO BILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.18	GLÂNDULAS SALIVARES (ABLAÇÃO UNILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.19	GLÂNDULAS SALIVARES (DESOBSTRUÇÃO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.20	LARINGOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.21	LOBECTOMIA HEPÁTICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.22	MARSUPIAÇÃO DE RANULAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
10.04.23	PILOROPLASTIA – PILOROMIOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.24	PROLAPSO DE RETO – AMPUTAÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.25	PROLAPSO DE RETO – REDUÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.26	TORÇÃO/DILATAÇÃO GÁSTRICA - REDUÇÃO E GASTROPEXIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.04.27	TORÇÃO/DILATAÇÃO GÁSTRICA - REDUÇÃO, GASTECT. PARCIAL E ESPLENECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.00	CIRURGIAS BUCO-MAXILO-FACIAIS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.05.01	ARITENOIDECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.02	FENDA PALATINA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.03	LATERIZAÇÃO DE ARITENÓIDE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.04	LIMPEZA DE TARTARO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM
10.05.05	MANDIBULECTOMIA PARCIAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.06	MANDIBULECTOMIA TOTAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.07	MAXILECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.08	OSTEOSSINTESE DE SINFISE MANDIBULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.09	OSTEOSSINTESE: RAMO OU CORPO MANDIBULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.10	RESSECCAO DE PALATO MOLE (PALATOPLASTIA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.11	TREPANACAO DE SEIOS NASAIS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.12	RINOPLASTIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.05.13	RESSECCAO DE PREGA CUTANEA FACIAL (PREGA NASAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.00	CIRURGIAS TRAUMATOLÓGICAS E ORTOPÉDICAS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.06.01	AMPUTAÇÃO DE FALANGE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.02	AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ANTERIOR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.03	AMPUTAÇÃO DO MEMBRO POSTERIOR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.04	ANQUILOSE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.05	ARTRODESE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.06	ARTROTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.07	AVANÇO DA TUBEROSIDADE DA TÍBIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.08	COLOCEFALECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.09	CORONOIDECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.10	DENERVAÇÃO ACETABULAR UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.11	DISPLASIA DE COTOVELO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.12	HEMIPELVECTOMIA PARCIAL (ACETABULECTOMIA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.13	LIGAMENTO CRUZADO - EXTRACAPSULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.14	LIGAMENTO CRUZADO - TPLO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.15	LIGAMENTO CRUZADO - TTA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.16	LUXAÇÃO DE PATELA GRAU I E II	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
10.06.17	LUXAÇÃO DE PATELA GRAU III	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.18	LUXAÇÃO DE PATELA GRAU IV	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.19	OSTEOCONDRITE DISSECANTE (CABEÇA DO UMEROS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.20	OSTEOINTESE DE FRATURAS ARTICULARES	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.21	OSTEOINTESE – CALCÂNEO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.22	OSTEOINTESE – FÊMUR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.23	OSTEOINTESE – PELVE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.24	OSTEOINTESE – RADIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.25	OSTEOINTESE – TÍBIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.26	OSTEOINTESE – ULNA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.27	OSTEOINTESE – UMEROS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.28	OSTEOINTESE COMPLEXA (MAIS DE UM LOCAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.29	OSTEOINTESE METACARPO/METATARSO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.30	OSTEOTOMIA CORRETIVA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.31	OSTEOTOMIA DUPLA PÉLVICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.32	OSTEOTOMIA NIVELADO DO PLATÔ DA TÍBIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.33	OSTEOTOMIA PROXIMAL ULNAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.34	OSTEOINTESE DE RADIO E ULNA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.35	PROCESSO ANCÔNIO (NÃO UNIÃO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.36	REMOÇÃO DE IMPLANTE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.06.37	REDUÇÃO ABERTA COM SUTURA DE CÁPSULA ARTICULAR PARA CORREÇÃO DE LUXAÇÃO COXOFEMORAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.00	CIRURGIAS DA COLUNA VERTEBRAL	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.07.01	CAUDECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.02	DESCOMPRESSÃO VERTEBRA VENTRAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.03	FENESTRAÇÃO DE DISCO INTERVERTEBRAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.04	HEMILAMINECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.05	HEMILAMINECTOMIA E FENESTRAÇÃO DE DISCO INTERVERTEBRAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.06	HEMILAMINECTOMIA E IMOBILIZAÇÃO INTERNA (PROC. ESPIN)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.07	LAMINECTOMIA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.08	LAMINECTOMIA DORSAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.09	LAMINECTOMIA TORACOLOMBAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.10	OSTEOINTESE DE COLUNA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.11	PENDILECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.12	SLOT	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.07.13	SUBLUXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO ATLANTO-AXIAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.00	CIRURGIAS DO APARELHO URO-GENITAL	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
10.08.01	ABLAÇÃO DA BOLSA ESCROTAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.02	AMPUT. TOTAL DO PÊNIS COM ORQUIECTOMIA E URETROSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.03	AMPUT. TOTAL DO PÊNIS E URETROSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.04	CISTORRAFIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.05	CISTOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.06	CRIPTORQUIDISMO ABDOMINAL/ECTOPIC	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.07	CRIPTORQUIDISMO SUBCUTÂNEO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.08	FIMOSE OU PARAFIMOSE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.09	MASTECTOMIA TOTAL (CANINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.10	MASTECTOMIA TOTAL (FELINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.11	MASTECTOMIA TOTAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (CANINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.12	MASTECTOMIA TOTAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (FELINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.13	MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL (CANINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.14	MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL (FELINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.15	MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (CANINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.16	MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (FELINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.17	MONORQUÍDICO (TESTÍCULO BOLSA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.18	NEFRECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.19	ORQUIECTOMIA – CANINO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.20	ORQUIECTOMIA – FELINO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.21	OVÁRIO-HISTERECTOMIA – CANINO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.22	OVÁRIO-HISTERECTOMIA – FELINO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.23	PIOMETRA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.24	PIOMETRA DE COTO UTERINO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.25	PÓLIPO VAGINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.26	PROLAPSO DE URETRA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.27	PROLAPSO DE ÚTERO - OVÁRIO-HISTERECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.28	URETEROSTOMIA BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.29	URETEROSTOMIA UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.30	URETOSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.31	OVÁRIO REMANESCENTE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.08.32	CISTECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.09.00	HERNIORRAFIAS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.09.01	HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.09.02	HÉRNIA INGUINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.09.03	HÉRNIA PERINEAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.09.04	HÉRNIA UMBILICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
10.09.05	HÉRNIA UMBILICAL-PERSISTÊNCIA DE ÚRACO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.10.00	CIRURGIAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO E CARDIO-VASCULAR	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.10.01	LOBECTOMIA PULMONAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.10.02	PERSISTÊNCIA DO ARCO AORTICO DIREITO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.10.03	PERSISTÊNCIA DO DUCTO ARTERIOSO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.10.04	TRAQUEOSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.10.05	TORACOPLASTIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.10.06	TORACOTOMIA EXPLORATÓRIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.11.00	CIRURGIA GERAL DO ABDOME	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.11.01	EVENTRAÇÃO – EVISCERAÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.11.02	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.00	OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (GRAU DE COMPLEXIDADE)	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.12.01	AMPUTAÇÃO DE UNHA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.02	BIÓPSIA DE LINFONODO PERCUTÂNEA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.03	BIÓPSIA HEPÁTICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.04	BIÓPSIA INTESTINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.05	BIÓPSIA ÓSSEA (SOMENTE EM CLÍNICA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.06	BIÓPSIA DE LINFONODO ABDOMINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.08	LINFADENECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.09	NEOPLASIAS DE CAVIDADE ABDOMINAL – ADRENAIS, MESENQUIMAIS ADERIDAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.10	NEOPLASIAS DE CAVIDADE ABDOMINAL – MESENQUIMAIS NÃO ADERIDAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.11	RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.12	RETIRADA de PAPILOMA ORAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.12.13	BIÓPSIA GASTRICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.13.00	ANESTESIAS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.13.01	ASA (I - II)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.13.02	ASA (III)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.13.03	ASA (IV - V)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.13.04	ANESTESIA LOCAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.13.05	ANESTESIA EPIDURAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.13.06	ANESTESIA GERAL (SOMENTE INTRAVENOSA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.13.07	BLOQUEIOS REGIONAIS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
10.13.08	TRANQUILIZACAO/SEDACAO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.13.09	ANESTESIA BRAQUICEFÁLICOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
10.14.00	SISTEMA TEGUMENTAR	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
10.14.01	ABLAÇÃO DE GL. AD ANAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.02	BIÓPSIA DE PELE (COM BOTÃO ANESTÉSICO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.03	EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS ACIMA DE 10 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.04	EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS ATE 3 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.05	EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS DE 3 A 6 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.06	EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS DE 6 A 10 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.07	EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MALIGNAS ACIMA DE 10 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.08	EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MALIGNAS ATE 3 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.09	EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MALIGNAS DE 3 A 6 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.10	EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MALIGNAS DE 6 A 10 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.11	RESSECÇÃO DE VERRUGA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.12	TAXA DE ANAPLASTIA (RETALHO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
10.14.13	REJEIÇÃO SUTURA (MUSCULATURA E PELE)										
20.01.00	INTERNAÇÃO DIÁRIA (COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS)	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
20.01.01	CENTRO CIRURGICO - CIRURGIA GRANDE PORTE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.02	CENTRO CIRURGICO - CIRURGIA MEDIO PORTE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.03	CENTRO CIRURGICO - CIRURGIA PEQUENO PORTE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.04	DIARIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.05	DIARIA DE INTERNAÇÃO SEMI-INTENSIVA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.06	DIARIA DE INTERNAÇÃO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - UTI	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.07	INTERNAÇÃO - RECUPERAÇÃO PÓS CIRURGICO (6 HORAS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.08	INTERNAÇÃO DE OBSERVAÇÃO / AMBULATORIAL (ATE 12 HORAS) (ADMISSAO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.09	INTERNAÇÃO EMERGENCIA (ADMISSAO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.10	INTERNAÇÃO UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA EMERGENCIA - UTI (ADMISSÃO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.11	INTERNAÇÃO DE OBSERVAÇÃO / AMBULATORIAL (ATE 12 HORAS) (PRÉ ALTA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
20.01.12	INTERNAÇÃO SEMI-INTENSIVA (ADMISSÃO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.01.00	FLUIDOTERAPIA – HEMOTERAPIA (INCLUINDO EQUIPAMENTO)	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
30.02.24	TAXA DE COLETA DOMICILIAR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM
30.03.00	QUIMIOTERÁPICOS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
30.03.01	SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.00	PROCEDIMENTOS OFTÁLMICO	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
30.04.01	COLIRIO ANESTÉSICO (UNILATERAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.02	DEBRIDAMENTO COM BROOCA (UNILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.03	DEBRIDAMENTO DE CORNEA COM COLIRIO ANESTESICO (UNILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.04	DEBRIDAMENTO UNILATERAL (RASPADO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.05	SESSAO DE TRATAMENTO OFTALMICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.06	SWAB DE CONJUNTIVA (UNILATERAL) - COLETA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.07	TESTE DE FLUORESCÉINA (BILATERAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.08	TESTE DE JONES (BILATERAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.09	TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER (BILATERAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.04.10	TESTE ROSA BENGALA (BILATERAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
30.05.00	MEDICAMENTOS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
30.05.01	APLICACAO DE ACTH POR KILO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
30.05.02	APLICAÇÃO PARA DEXAMETASONA (SUPRESSÃO)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
30.06.00	SESSÃO DE ACUPUNTURA	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
30.06.01	SESSÃO DE ACUPUNTURA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	DEPENDE DO CONTRATO	DEPENDE DO CONTRATO	NÃO	NÃO	SIM
30.07.00	SESSÃO DE FISIOTERAPIA	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
30.07.01	SESSÃO DE FISIOTERAPIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	DEPENDE DO CONTRATO	DEPENDE DO CONTRATO	NÃO	NÃO	SIM
30.08.00	Vacinas	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
30.08.01	VACINA MÚLTIPLA CANINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
30.08.02	VACINA MÚLTIPLA FELINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
30.08.03	VACINA ANTIRRÁBICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
30.08.04	VACINA BORDETELLA - Planos novos e Pet PREMIUM somente	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
30.08.05	VACINA POLIVALENTE FILHOTE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

	Grupos	Planos Antigos							Planos Novos		
40.01.00	RADIOLOGIA	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
40.01.01	RADIOGRAFIA (COLAPSO DE TRAQUEIA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.02	RADIOGRAFIA CONTROLE POS-OPERATORIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.03	RADIOGRAFIA DE ABDOMEN	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.04	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.05	RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.06	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.07	RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACOLOMBAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.08	RADIOGRAFIA DE CRÂNIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.09	RADIOGRAFIA DE MEMBRO PÉLVICO DIREITO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.10	RADIOGRAFIA DE MEMBRO PÉLVICO ESQUERDO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.11	RADIOGRAFIA DE MEMBRO TORÁCICO DIREITO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.12	RADIOGRAFIA DE MEMBRO TORÁCICO ESQUERDO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.13	RADIOGRAFIA DE PELVE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.14	RADIOGRAFIA DE TORAX	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.15	RADIOGRAFIA DE VERTEBRAS SACRAIS/COCCÍGEAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.01.16	RAIO-X LOMBAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.02.00	RADIOGRAFIAS ESPECIAIS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
40.02.01	CONTRASTE DO ESÔFAGO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.02.02	DISPLASIA COXO-FEMORAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.02.03	ENEMA DE BÁRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.02.04	MIELOGRAFIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.02.05	TRÂNSITO INTESTINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.02.06	UROGRAFIA DUPLO CONTRASTE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
40.02.07	UROGRAFIA EXCRETORA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.02.08	UROGRAFIA RETROGRADA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.00	PROCEDIMENTOS DIVERSOS	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
40.03.01	ABDOMINOCENTESE - DRENAGEM DE LÍQUIDO ASCÍTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.02	CISTOCENTESE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.03	COLETA DE LÍQUIDO CÉFALO-RAQUIDIANO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.05	COLETA DE LÍQUIDO SINOVIAL (ARTICULAR)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.06	COLETA DE MEDULA ÓSSEA PARA MIELOGRAMA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.07	DRENAGEM DE ABSCESSOS E/OU HEMATOMAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.08	EUTANÁSIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.09	PERICARDIOCENTESE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.03.10	TORACOCENTESE - DRENAGEM PLEURAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.00	ULTRASSONOGRAFIA	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
40.04.01	BIÓPSIA GUIADA POR ULTRASSOM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.02	CISTOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.03	RETORNO ULTRASSOM (ATÉ 30 DIAS) POS CIRURGICO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.04	ULTRASSOM SIMPLES CONTROLE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.05	ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.06	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.07	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.08	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DUPLA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.09	ULTRASSONOGRAFIA ENCEFALICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.10	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR DIREITO E ESQUERDO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.11	ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.04.12	CITOLOGIA ASPIRATIVA GUIADA POR ULTRASSOM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Grupos		Planos Antigos							Planos Novos		
40.17.08	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA INSETICIDAS (CARBAMATOS, ORGANOFOSFORADOS, ORGANOCORADOS)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.17.09	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA METAIS PESADOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.17.10	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA PIRETRÓIDES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.17.11	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA ZINCO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.00	URINÁLISE	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
40.18.01	BIOQUÍMICA URINÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.02	CLEARANCE DE CREATININA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.03	CULTURA DE URINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.04	DENSIDADE URINÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.05	DOSAGEM DE GLICOSE NA URINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.06	DOSAGEM DE URÉIA NA URINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.07	GLICOSURIA + PROTEINURIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.08	IDENTIFICAÇÃO DE CÁLCULO URINÁRIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.09	MIOGLOBINA URINÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.10	QUALIFICAÇÃO DE CÁLCULOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.11	RELAÇÃO CORTISOL - CREATININA URINÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.12	SEDIMENTO URINÁRIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.18.13	URINA I (EAS)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40.19.00	ENDOSCOPIA	PET AMBULATORIAL PORTABILIDADE	PET COMPLETO PORTABILIDADE	BASIC	LIGHT	PLUS	TOTAL	PREMIUM	AMBULATORIAL	ESSENCIAL	COMPLETO
40.19.01	COLONOSCOPIA - RETO, CÓLON, ÍLEO TERMINAL, CECO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
40.19.02	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - ESÓFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
40.19.03	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + BAIXA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
40.19.04	LARINGOSCOPIA - LARINGE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
40.19.05	RINOSCOPIA - CAVIDADE NASAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
40.19.06	TAXA DE ACOMPANHAMENTO CIRÚRGICO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
40.19.07	TAXA DE RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
40.19.08	TAXA EMERGENCIAL NOTURNO/FDS/FERIADO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM
40.19.09	TRAQUEOBRONCOSCOPIA - TRAQUEÍTA E BRÔNQUIOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	Somente internado	SIM	SIM	NÃO	SIM	SIM