



	GRUPO SEM CARENÇIA (PRIMEIRO ATENDIMENTO)	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.01.001	PRIMEIRA CONSULTA GENERALISTA (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.002	PRIMEIRA CONSULTA PET HOME (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.003	PRIMEIRA CONSULTA PET HOME 2º PET (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.004	PRIMEIRA CONSULTA PET HOME 3º PET (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.005	PRIMEIRA CONSULTA PET HOME 4º PET (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.006	PRIMEIRA CONSULTA PET HOME 5º PET ou mais (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.007	PRIMEIRA CONSULTA GENERALISTA 2º PET (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.008	PRIMEIRA CONSULTA GENERALISTA 3º PET (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.009	PRIMEIRA CONSULTA GENERALISTA 4º PET (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.010	PRIMEIRA CONSULTA GENERALISTA 5º PET ou mais (Implantação de microchip)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.011	AVALIAÇÃO CHIPAGEM - FECHADO POR REGIAO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*O Beneficiário tem direito ao atendimento de acordo com o plano contratado após a microchipagem e de acordo com a carência, em casos de Urgência e Emergência 48 após a microchipagem.

*Nenhum dos planos oferecem cobertura para Remoção/Transporte/Ambulância Inter ou Intra Hospitalar.

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos relacionados à Doenças Pré-Existentes.

01.01.00	CONSULTAS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.01.01	CONSULTA GENERALISTA DAS 8:00 ATÉ 21:00 HS (SEG A SAB) *	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.02	CONSULTA ESPECIALISTA *	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.01.03	CONSULTA PET HOME 1º PET	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.04	CONSULTA DAS 21:00 ATÉ ÀS 8:00 HS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.05	CONSULTA EM DOMINGOS E FERIADOS (ATÉ ÀS 8:00 DO PRÓX DIA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.06	CONSULTA SÁBADOS APÓS 21:00 HS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.07	RETORNO PET HOME ATÉ 30 DIAS (DESLOCAMENTO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.08	CONSULTA ESPECIALISTA VOLANTE	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.01.09	CONSULTA ESPECIALISTA DAS 21:00 ATÉ ÀS 8:00 HS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.01.10	CONSULTA ESPECIALISTA EM DOMINGOS E FERIADOS (ATÉ ÀS 8:00 DO PRÓX DIA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.01.11	CONSULTA ESPECIALISTA SÁBADOS APÓS 21:00 HS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.01.12	CONSULTA GENERALISTA + VACINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.13	CONSULTA PET HOME + VACINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.15	CONSULTA DE EMERGENCIA/URGÊNCIA DAS 8:00 ATÉ 21:00 HS (SEG A SAB) *	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.16	CONSULTA DE EMERGENCIA/URGÊNCIA DAS 21:00 ATÉ 8:00 HS*	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.17	RETORNO CLÍNICA (30 DIAS)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.18	CONSULTA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA DOMING FERIADOS ATÉ 8H DO PRÓX DIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.19	CONSULTA URGÊNCIA EMERGÊNCIA AOS SÁBADOS APÓS 21:00 HS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.01.20	CONSULTA PET HOME 2º OU MAIS PETS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*As consultas Home devem ser agendadas diretamente com o Veterinário de acordo com a disponibilidade do mesmo, atendem apenas Consultas Eletivas não sendo permitido Coleta de Exames na residência, Procedimentos de Alta Complexidade e Consultas com Especialistas.

*Para Consultas Especialistas é necessário encaminhar Relatório Médico e Exames Complementares para análise do corpo Médico Veterinário. Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações. Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para as seguintes Especialidades: Cirurgia, Nutrição, Nutrologia, Obstetrícia, Odontologia, Fisioterapia e Acupuntura.

*Atendimentos de Urgência e Emergência devem ser direcionados há uma unidade 24 Horas mais próxima.

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.02.00	CIRURGIAS OTOLÓGICAS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.02.01	EXCISÃO DA PORÇÃO VERTICAL DO CONDUTO AUDITIVO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.02	OTO-HEMATOMA UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.03	ABLAÇÃO PAVILHÃO AURICULAR-UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.04	RESSECÇÃO TOTAL CANAL VERTICAL EM T	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.05	ABLAÇÃO TOTAL DO CANAL AUDITIVO COM OSTEOTOMIA LATERAL DA BULA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.06	ABLACAO DO CONDUTO AUDITIVO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.07	OSTEOTOMIA DA BULA TIMPÂNICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.08	RINOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.09	EXCISÃO DE POLIPO OTOLÓGICO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.10	ABERTURA OTO-HEMATOMA (DRENO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.11	LAVAGEM OTOLÓGICA (BILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.12	CIRURGIA DE ABERTURA DO CONDUTO AUDITIVO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.02.13	OTO-HEMATOMA BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.

*Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.03.00	CIRURGIAS OFTÁLMICAS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.03.01	CATARATA – FACECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.02	CERATECTOMIA SUPERFICIAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.03	CICLODIATERMIA (GLAUCOMA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.04	LUXAÇÃO DO CRISTALINO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.06	ENTRÓPIO/ECTRÓPIO UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.07	ENTRÓPIO/ECTRÓPIO BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.09	ENUCLEAÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.10	REDUÇÃO PROTUSÃO GLOBO OCULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.11	DERMÓIDE (CERATECTOMIA SUP. + RECOBRIMENTO COM A 3ª PÁLPEBRA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.12	VIAS LACRIMAIS – FLUSHING	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.13	EXCISÃO DE NEOPLASIA PALPEBRAL COM RECONSTRUÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.14	CALÁZIO – CURETAGEM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.15	CÍLIO ECTÓPICO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.16	TRIQUEIASE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.17	DISTRIQUEIASE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.18	TRANSPOSIÇÃO CORNEO-ESCLERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.20	LACERAÇÃO CORNEAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.21	LACERAÇÃO MARGEM PALPEBRAL – SUTURA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.22	FLAP DE TERCEIRA PÁLPEBRA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.23	EVERSÃO DA CARTILAGEM DA TERCEIRA PÁLPEBRA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.24	PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – REPOSICIONAMENTO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.25	RECOBRIMENTO COM TERCEIRA PÁLPEBRA PEDICULADO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.26	RECOBRIMENTO PEDICULADO COM CONJUNTIVA BULBAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.27	RECOBRIMENTO LIVRE COM CONJUNTIVA BULBAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.29	TARSORRAFIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.31	EXCISAO DE NEOPLASIA INTRAOCULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.32	BLEFAROPLASTIA PARA COLOBOMA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.33	BLEFAROPLASTIA PARA ECTOPIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.34	BLEFAROPLASTIA PARA ENTROPIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.35	BLEFAROPLASTIA NEOPALPEBRAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.36	BLEFAROPLASTIA PARA TRIQUEIASE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

01.03.37	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL PEDICULADO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.03.43	SEPULTAMENTO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.03.44	SEPULTAMENTO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.04.00	CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTÓRIO	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.04.01	ENTERECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.02	ENTEROTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.03	ESOFAGOMIOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.04	ESOFAGOTOMIA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.05	ESOFAGOTOMIA TORÁCICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.06	FARINGOSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.07	GASTRECTOMIA PARCIAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.08	GASTROTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.09	GLÂNDULAS SALIVARES (DESOBSTRUÇÃO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.10	GLÂNDULAS SALIVARES (ABLAÇÃO UNILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.11	GLÂNDULAS SALIVARES (ABLAÇÃO BILATERAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.12	PILOROPLASTIA – PILOROMIOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.13	PROLAPSO DE RETO – REDUÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.14	PROLAPSO DE RETO – AMPUTAÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.15	TORÇÃO/DILATAÇÃO GÁSTRICA - REDUÇÃO E GASTROPEXIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.16	TORÇÃO/DILATAÇÃO GÁSTRICA - REDUÇÃO, GASTECT. PARCIAL E ESPLENECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.18	ESPLENECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.19	COLECISTECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.21	COLONOPEXIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.25	LOBECTOMIA HEPÁTICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.27	ESOFAGOPLASTIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.28	LARINGOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.29	CRICOARITENOIDEPEXIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.04.31	MARSUPIAÇÃO DE RANULAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.05.00	CIRURGIAS BUCO-MAXILO-FACIAIS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.05.01	FENDA PALATINA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.02	OSTEOSSINTESE DE SINFISE MANDIBULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.03	OSTEOSSINTESE: RAMO OU CORPO MANDIBULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.04	LATERIZAÇÃO DE ARITENOÍDE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.05	ARITENOIDECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.07	RESSECCAO DE PALATO MOLE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.08	TREPANACAO DE SEIOS NASAIS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.09	MANDIBULECTOMIA PARCIAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.10	MANDIBULECTOMIA TOTAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.13	MAXILECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.05.14	LIMPEZA DE TARTARO / TARTARECTOMIA (somente plano Premium)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para tratamento Odontológico, Extração Dentária e Consultas Odontológicas.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.06.00	CIRURGIAS TRAUMATOLÓGICAS E ORTOPÉDICAS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.06.01	AMPUTAÇÃO DE FALANGE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.02	AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ANTERIOR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.03	AMPUTAÇÃO DO MEMBRO POSTERIOR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.04	COLOCEFALECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.05	LIGAMENTO CRUZADO - TTA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.06.06	LIGAMENTO CRUZADO - TPL0	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.06.07	LIGAMENTO CRUZADO - EXTRACAPSULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.06.08	LUXAÇÃO DE PATELA GRAU II	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.09	LUXAÇÃO DE PATELA GRAU III E IV	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.10	OSTEOCONDRITE DISSECANTE (CABEÇA DO UMER0)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.06.11	OSTEOSSINTESE – FÊMUR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.12	OSTEOSSINTESE – TÍBIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.13	OSTEOSSINTESE – UMER0	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.14	OSTEOSSINTESE – RADIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.15	OSTEOSSINTESE – ULNA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.16	OSTEOSSINTESE – CALCÂNEO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.17	OSTEOSSINTESE – PELVE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.18	PROCESSO ANCÔNEO (NÃO UNIÃO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.19	ARTRODESE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.20	OSTEOSSINTESE METARCARPO/METATARSO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.21	DENERVAÇÃO ACETABULAR UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.22	DENERVAÇÃO ACETABULAR BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.23	OSTEOSSINTESE DE FRATURAS ARTICULARES	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.25	ARTROTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.26	OSTEOSSINTESE COMPLEXA (MAIS DE UM LOCAL)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.27	OSTEOTOMIA CORRETIVA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.28	OSTEOTOMIA DUPLA PÉLVICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.29	OSTEOTOMIA NIVELADO DO PLATÔ DA TÍBIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.30	OSTEOTOMIA PROXIMAL ULNAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.32	AVANÇO DA TUBEROSIDADE DA TÍBIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.33	REMOÇÃO DE IMPLANTE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.34	DISPLASIA DE COTOVELO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.06.35	ANQUILOSE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.06.36	CORONOIDECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para implantes, Órteses, Próteses e Transplantes.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.07.00	CIRURGIAS DA COLUNA VERTEBRAL	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.07.01	FENESTRAÇÃO DE DISCO INTERVERTEBRAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

01.07.02	HEMILAMINECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.03	HEMILAMINECTOMIA E FENESTRAÇÃO DE DISCO INTERVERTEBRAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.04	HEMILAMINECTOMIA E IMOBILIZAÇÃO INTERNA (PROC. ESPIN)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.05	LAMINECTOMIA DORSAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.06	SUBLUXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO ATLANTO-AXIAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.07	LAMINECTOMIA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.08	LAMINECTOMIA TORACOLOMBAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.09	OSTEOSSINTESE DE COLUNA 11- 30 KG	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.10	DESCOMPRESSÃO VERTEBRA VENTRAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.07.11	CAUDECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para Implantes, Órteses, Próteses e Transplantes.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.08.00	CIRURGIAS DO APARELHO URO-GENITAL	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.08.01	AMPUT. TOTAL DO PÊNIS COM ORQUIECTOMIA E URETROSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.02	CISTOTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.03	FIMOSE OU PARAFIMOSE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.04	NEFRECTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.05	MASTECTOMIA TOTAL (FELINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.06	MASTECTOMIA TOTAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (FELINO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
01.08.07	MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL (CANINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.08	MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (CANINO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
01.08.09	ORQUIECTOMIA – CANINO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
01.08.10	ORQUIECTOMIA – FELINO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
01.08.11	OVÁRIO-HISTERECTOMIA – CANINO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
01.08.12	OVÁRIO-HISTERECTOMIA – FELINO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
01.08.13	PIOMETRA	NÃO	SIM CASO CONSIDERADO URGENCIA	NÃO	NÃO	SIM CASO CONSIDERADO URGENCIA	SIM	SIM
01.08.14	PROLAPSO DE ÚTERO - OVÁRIO-HISTERECTOMIA	NÃO	SIM CASO CONSIDERADO URGENCIA	NÃO	NÃO	SIM CASO CONSIDERADO URGENCIA	SIM	SIM
01.08.16	CISTORRAFIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.17	POLIPO VAGINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.18	CRIPTORQUIDISMO ABDOMINAL / ECTÓPICO	NÃO	SIM SOMENTE EM CASOS DE TUMOR	NÃO	NÃO	SIM SOMENTE EM CASOS DE TUMOR	SIM	SIM
01.08.19	CRIPTORQUIDISMO SUBCUTANEO	NÃO	SIM SOMENTE EM CASOS DE TUMOR	NÃO	NÃO	SIM SOMENTE EM CASOS DE TUMOR	SIM	SIM
01.08.20	PROLAPSO DE URETRA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.21	URETOSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.22	MASTECTOMIA TOTAL (CANINO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.23	MONORQUÍDICO (testículo Bolsa)	NÃO	SIM SOMENTE EM CASOS DE TUMOR	NÃO	NÃO	SIM SOMENTE EM CASOS DE TUMOR	SIM	SIM
01.08.24	ABLAÇÃO DA BOLSA ESCROTAL	NÃO	SIM SOMENTE EM CASOS DE TUMOR	NÃO	NÃO	SIM SOMENTE EM CASOS DE TUMOR	SIM	SIM
01.08.25	URETEROSTOMIA UNILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.08.26	URETEROSTOMIA BILATERAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para Reprodução, Gestação, Parto e Complicações Pós Parto.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.09.00	HERNIORRAFIAS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.09.01	HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.09.02	HÉRNIA INGUINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.09.03	HÉRNIA PERINEAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.09.04	HÉRNIA UMBILICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.09.05	HERNIA UMBILICAL-PERSISTENCIA DE URACO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Veterinário.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.10.00	CIRURGIAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO E CARDIO-VASCULAR	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.10.01	LOBECTOMIA PULMONAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.10.02	PERSISTÊNCIA DO ARCO AÓRTICO DIREITO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.10.03	PERSISTÊNCIA DO DUCTO ARTERIOSO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
01.10.04	TRAQUEOSTOMIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.10.06	TORACOPLASTIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.10.07	TORACOTOMIA EXPLORATÓRIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.11.00	CIRURGIA GERAL DO ABDOME	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.11.01	EVENTRAÇÃO – EVISCERAÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.11.02	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Veterinário.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.12.00	OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (GRAU DE COMPLEXIDADE)	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.12.01	SACOS ANAIS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.08	RESSECÇÃO DE PREGA CUTANEA FACIAL (POR CAUSAR CERATITE OCULAR)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.09	NEOPLASIAS PERIANIAIS MENORES DE 3 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.10	NEOPLASIAS PERIANIAIS MAIORES DE 6 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.11	NEOPLASIAS PERIANIAIS MENORES DE 6 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.12	EXCIÇÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.13	EXCIÇÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS/SUBCUTÂNEAS MALIGNAS MENORES DE 3 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.14	EXCIÇÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS/SUBCUTÂNEAS DE 3 ATÉ 6 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.15	EXCIÇÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MAIORES DE 6 CM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.16	TAXA DE ANAPLASTIA (RETALHO) - JA INCLUSO O PROCEDIMENTO DE EXCIÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.17	NEOPLASIAS DE CAVIDADE ABDOMINAL – MESENQUIMAIS NÃO ADERIDAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

01.12.18	NEOPLASIAS DE CAVIDADE ABDOMINAL – ADRENAIS, MESENUQUIMAIS ADERIDAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.19	BIÓPSIA DE LINFONODO ABDOMINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.20	BIÓPSIA DE LINFONODO PERCUTÂNEA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.12.21	BIÓPSIA INTESTINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
*Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

01.13.00	ANESTESIAS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
01.13.01	ASA (I - II)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.13.02	ASA (III)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.13.03	ASA (IV - V)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.13.05	BLOQUEIOS REGIONAIS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
01.13.06	BOTÃO ANESTÉSICO (BIÓPSIA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
01.13.07	ANESTESIA LOCAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
*Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

02.01.00	INTERNAÇÃO DIÁRIA (COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS)	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
02.01.01	CLÍNICA - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
02.01.02	CENTRO CIRÚRGICO *	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
02.01.03	CENTRO CIRÚRGICO *	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
02.01.04	CENTRO CIRÚRGICO *	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
02.01.05	PÓS CIRÚRGICO - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
02.01.06	SEMI-INTENSIVA** - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
02.01.07	UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA*** - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
02.01.08	DAYCARE (ATÉ 12 HORAS) - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
02.01.09	INTERNAÇÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

03.01.00	FLUIDOTERAPIA – HEMOTERAPIA (INCLUINDO EQUIPAMENTO)	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
03.01.01	SOLUÇÃO DE USO PADRÃO (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO.) 500 ML	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.02	SOLUÇÃO DE USO PADRÃO (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO.) 1000 ML	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.03	SOLUÇÃO DE GLICOSE HIPERTONICA OU DE MANITOL 250 ML	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.04	TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.05	TRANSFUSAO DE FATORES SANGUINEOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.06	SOLUÇÃO COLOIDAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.07	TESTE DE COMPATIBILIDADE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.08	TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.09	TESTE DE FLUORESCINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.10	CONCENTRADO DE HEMACIAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.11	CONCENTRADO DE PLAQUETAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.12	TESTE ROSA BENGALA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.13	SONDA URETRAL CANINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.14	SONDA URETRAL FELINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.01.15	PLASMA FRESCO CONGELADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para Tratamento Ambulatorial.
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

03.02.00	PROCEDIMENTOS DIVERSOS I	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
03.02.01	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCUTÂNEA OU INTRA MUSCULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.02	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRAVENOSA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.03	APLICAÇÃO DE INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL OU RETROBULBAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.04	OXIGENIOTERAPIA – 15 MINUTOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.07	CURATIVO SIMPLES (GAZE + ESPARADRAPO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.08	CURATIVO COMPLEXO (TALA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.09	LIMPEZA DE MIASE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.10	ACOMPANHAMENTO DE SOROTERAPIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.11	ACOMPANHAMENTO DE TRANSFUSÃO SANGUINEA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.12	COLETA DE SANGUE (SOMENTE QUANDO ENVIADO AO LABORATÓRIO CREDENCIADO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.13	SUTURA FERIDA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.14	LAVAGEM INTESTINAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.16	PROCEDIMENTO REMOCAO ESPINHOS (PORCO ESPINHO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.17	PASSAGEM DE Sonda URETRAL CANINO (FEMEA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.18	PASSAGEM DE Sonda URETRAL CANINO (MACHO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.19	PASSAGEM DE Sonda URETRAL FELINO (FEMEA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.20	PASSAGEM DE Sonda URETRAL FELINO (MACHO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.21	RETIRADA DE ANZOL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.02.23	LAVAGEM VESICAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para Tratamento Ambulatorial.
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para Cerenia, Convenia, Orsunia, Meropenem.
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

03.03.00	QUIMIOTERÁPICOS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
03.03.01	SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para Eletroquimioterapia e Quimioterapia Domiciliar.
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

03.08.00	Vacinas	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
03.08.01	VACINA MÚLTIPLA CANINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.08.02	VACINA MÚLTIPLA FELINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.08.03	VACINA ANTIRRÁBICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
03.08.04	VACINA BORDETELLA - EXCLUSIVO Pet PREMIUM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.01.00	RADIOLOGIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.01.16	RADIOGRAFIA SIMPLES	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.01.17	RAIO-X 2 PROJEÇÕES	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

04.01.18	RAIO-X 3 PROJEÇÕES	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.01.19	RAIO-X 4 PROJEÇÕES	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.01.20	RAIO-X 5 PROJEÇÕES	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.01.21	RAIO-X 6 PROJEÇÕES	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.01.30	RAIO-X CONTROLE POS-OPERATORIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*Para solicitação de Raio-X no plano Pet Plus é necessário encaminhar um Relatório Médico; a solicitação deve ser condizente com o quadro do Beneficiário.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para Raio-X Gestacional.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.02.00	RADIOGRAFIAS ESPECIAIS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.02.01	MIELOGRAFIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.02.02	UROGRAFIA EXCRETORA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.02.03	UROGRAFIA RETROGRADA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.02.04	UROGRAFIA DUPLO CONTRASTE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.02.05	TRÂNSITO INTESTINAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.02.06	ENEMA DE BARIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.02.07	CONTRASTE DO ESÓFAGO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.02.08	DISPLASIA COXO-FEMORAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*Para solicitação de Radiografias Especiais no plano Pet Plus é necessário encaminhar um Relatório Médico; a solicitação deve ser condizente com o quadro do Beneficiário.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.03.00	PROCEDIMENTOS DIVERSOS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.03.01	COLHEITA DE LÍQUIDO CÉFALO-RAQUIDIANO (SOMENTE EM CLÍNICA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.03.02	COLHEITA DE MEDULA ÓSSEA PARA MIELOGRAMA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.03.03	BIÓPSIA DE PELE (COM BOTAÓ ANESTÉSICO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.03.04	BIÓPSIA ÓSSEA (SOMENTE EM CLÍNICA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.03.05	PERICARDIOCENTESE (SOMENTE EM CLÍNICA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.03.06	PARACENTESE - DRENAGEM DE LÍQUIDO ASCÍTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.03.07	TORACOCENTESE - DRENAGEM PLEURAL (SOMENTE EM CLÍNICA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.03.08	EUTANÁSIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.03.09	DRENAGEM DE ABSCESSOS E/OU HEMATOMAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.03.10	COLHEITA DE LÍQUIDO SINOVIAL (ARTICULAR)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.03.11	CISTOCENTESE SEM ULTRASSOM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
40410	CISTOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.04.00	ULTRASSONOGRAFIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.04.01	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.02	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DUPLA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.03	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.04	ULTRASSONOGRAFIA ENCEFÁLICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.05	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.06	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.07	BIÓPSIA GUIADA POR ULTRASSOM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.08	ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.09	ULTRASSOM SIMPLES CONTROLE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.10	CISTOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.04.11	RETORNO ULTRASSOM (ATÉ 30 DIAS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*Para solicitação de Ultrassonografia no plano Pet Plus é necessário encaminhar um Relatório Médico; a solicitação deve ser condizente com o quadro do Beneficiário.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para Ultrassom Gestacional.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.05.00	EXAMES CARDIOLÓGICOS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.05.01	ECODOPPLERCARDIOGRAFIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.05.02	HOLTER	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.05.03	PRESSÃO ARTERIAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.05.04	ELETROCARDIOGRAFIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.05.05	TELEMEDICINA - ELETROCARDIOGRAFIA - LAUDO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.05.06	TELEMEDICINA - ELETROCARDIOGRAFIA - TÉCNICO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*Para solicitação de Exames Cardiológicos no plano Pet Plus é necessário encaminhar um Relatório Médico; a solicitação deve ser condizente com o quadro do Beneficiário.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.06.00	TOMOGRAFIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.06.01	TOMOGRAFIA DA COLUNA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.06.02	TOMOGRAFIA DE MEMBRO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.06.03	TOMOGRAFIA DO ABDÔMEN	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.06.04	TOMOGRAFIA DO CRANIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.06.05	TOMOGRAFIA DO TORAX	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.06.06	TOMOGRAFIA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.06.07	SEGMENTO TOMOGRAFIA - CRÂNIO/COLUNA OU MEMBRO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.06.08	SEGMENTO TOMOGRAFIA - TORAX OU ABDÔMEN	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Para solicitação de Tomografia no plano Pet Plus, a solicitação deve ser condizente com o quadro do Beneficiário.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.07.00	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.07.01	RESSONANCIA DO CRANIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.07.02	RESSONANCIA CERVICAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.07.03	RESSONANCIA ARTICULAR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.07.04	RESSONANCIA DE DUAS REGIÕES DISTINTAS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM

Observações

*É necessário envio de Relatório Médico e Exames Complementares de acordo com a patologia apresentada para análise do corpo Médico Veterinário.
 *Para solicitação de Ressonância Magnética no plano Pet Plus, a solicitação deve ser condizente com o quadro do Beneficiário.
 *Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.
 *Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.08.00	ANÁLISE CITOLÓGICA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.08.01	ANÁLISE CITOLÓGICA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.02	ANÁLISE CITOLÓGICA - EFUSÃO PLEURAL + COLETA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.03	ANÁLISE CITOLÓGICA - LINFONODOS + COLETA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.04	ANÁLISE CITOLÓGICA - LÍQUIDO ARTICULAR + COLETA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.08.05	ANÁLISE CITOLÓGICA - LÍQUOR + COLETA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

04.08.06	ANÁLISE CITOLÓGICA OTOLÓGICA UNILATERAL + COLETA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.07	ANÁLISE CITOLÓGICA PELE + COLETA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.08	ANÁLISE CITOLÓGICA ASPIRATIVA (tumor, Ilrf)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.09	ANÁLISE CITOLÓGICA DE LÍQUIDOS CAVITÁRIOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.10	ANÁLISE CITOLÓGICA PARA TVT	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.11	TRICOGRAMA / AVALIAÇÃO DE HASTES PILOSAS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.12	ROTINA DE LÍQUIDOS CAVITÁRIOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.08.13	REVISÃO DE LÂMINA - CITOLÓGICO - ANÁLISE DE LÍQUIDO BIOLÓGICO (CITOLÓGICO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.09.00	BIOQUÍMICA CLÍNICA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BÁSICO	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.09.01	ÁCIDOS BILIARES TOTAIS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.02	ÁCIDO ÚRICO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.03	ALANINA AMINOTRANSFERASE (TGP)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.04	ALBUMINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.05	AMILASE	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.06	AMÔNIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.07	ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (TGO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.08	BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES (D + I)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.09	BROMETO DE POTÁSSIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.10	CÁLCIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.11	CK TOTAL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.12	COLETEROL TOTAL E FRAÇÕES	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.13	COLINESTERASE	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.14	CREATININA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.15	CURVA GLICÊMICA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.16	DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.17	DIGOXINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.18	ELEFORESE DE PROTEINA SÉRICA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.19	FENOBARBITAL (EXAME)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.20	FERRITINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.21	FERRO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.22	FOSFATASE ALCALINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.23	FÓSFORO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.24	FRUTOSAMINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.25	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GGT)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.26	GLICOSE (GLICEMIA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.27	GLOBULINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.28	HEMOGLOBINA GLICADA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.29	LIPASE SÉRICA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.30	MAGNÉSIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.31	POTÁSSIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.32	PROTEINAS TOTAIS (ALBUMINA + GLOBULINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.33	SÓDIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.34	TRIGLICÉRIDES	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.35	URÉIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.36	CLORETOS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.37	ALANINA TRANSAMINASE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.38	DOSAGEM DE CETONAS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.39	PROTEÍNA TOTAL E FRAÇÕES	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.40	LACTATO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.41	RELAÇÃO PROTEÍNA - CREATININA URINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.42	ÁCIDOS BILIARES PÓS PRANDIAL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.43	LIPASE IMUNOATIVA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.44	ÁCIDO LÁTICO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.45	CÁLCIO IÔNICO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.46	CLORO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.47	CICLOSPORINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.48	COLESTEROL HDL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.49	COLESTEROL TOTAL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.50	DIFENILHIDANTOINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.51	ELETRÓFORESE DE COLESTEROL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.52	LÍPÍDEOS TOTAIS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.53	PRIMIDRONA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.55	CÁLCIO URINÁRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.56	CLORO URINÁRIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.57	COLESTEROL LDL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.58	COLESTEROL VLDL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.59	CREATININA URINÁRIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.60	FOSFATASE ÁCIDA TOTAL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.61	FOSFATASE ALCALINA TOTAL E FRAÇÕES	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.62	FOSFOLÍPÍDEOS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.65	ZINCO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.09.66	ÁCIDOS BILIARES PRÉ PRANDIAL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para análise de SDMA.
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.10.00	HISTOPATOLÓGICO	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BÁSICO	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.10.01	HISTOPATOLÓGICO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.02	HISTOPATOLÓGICO ÓSSEO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.03	IMUNOHISTOQUÍMICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.04	HISTOPATOLÓGICO COM MARGEM	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.05	COLORAÇÃO DE GRAN	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.10.06	PAINEL GERAL DE IMUNOHISTOQUÍMICA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.07	HISTOPATOLÓGICO PARA PERFIL BIÓPSIA DE CADEIA MAMÁRIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.08	IMUNOHISTOQUÍMICA PARA PROGNÓSTICO DE CARCINOMA MAMÁRIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.09	HISTOPATOLÓGICO (2 PEÇA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.10	HISTOPATOLÓGICO (3 PEÇA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.11	HISTOPATOLÓGICO (4 PEÇA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.12	HISTOPATOLÓGICO (5 PEÇA)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.13	IMUNOHISTOQUÍMICA - 1 MARCADOR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.14	IMUNOHISTOQUÍMICA - PROGNÓSTICO MASTOCITOMA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.10.15	REVISÃO DE LÂMINA - HISTOPATOLÓGICO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.11.00	HEMATOLOGIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.11.01	CONTAGEM DE PLAQUETA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.02	ERITROGRAMA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.03	HEMATÓCRITO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.04	HEMOGRAMA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.05	LEUCÓCITO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.06	LEUCOGRAMA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.07	PESQUISA DE CÉLULAS DE LUPUS ERITEMATOSO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.08	PESQUISA DE CORPÚSCULO DE LENTZ	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.09	PESQUISA DE HEMATOZOARIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.10	PESQUISA DE RETICULÓCITO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.11	VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.12	CONTAGEM DIFERENCIAL DE LEUCÓCITOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.13	MELOGRAMA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.11.14	PESQUISA DE CORPÚSCULO DE HEINZ	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.11.15	TIPAGEM SANGÜÍNEA (CÃES E GATOS)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Observações								
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.								
04.12.00	HEMOSTASIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.12.01	FIBRINOGÊNIO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.12.02	TEMPO DE COAGULAÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.12.03	TEMPO DE PROTROMBINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.12.04	TEMPO DE SANGRAMENTO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.12.05	TEMPO DE SANGRAMENTO + TEMPO DE COAGULAÇÃO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.12.06	TEMPO DE TROMBINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.12.07	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.12.08	HEMOGASOMETRIA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
Observações								
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.								
04.13.00	HORMONIOS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.13.01	ÁCIDO FÓLICO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.02	ACTH ENDÓGENO (HORMONIO ADRENOCORTICOTRÓFICO)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.03	ALDOSTERONA BASAL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.04	ALDOSTERONA - ESTIMULAÇÃO POR ACTH	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.05	CORTISOL POS ACTH	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.06	ANDROSTENEDIONA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.07	ANTICORPO ANTI TIROXINA (T4)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.08	ANTICORPO ANTI TRIODOTIRONINA (T3)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.09	AUTOANTICORPO ANTI TIREOGLOBULINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.10	CORTISOL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.11	17 HIDROXI PROGESTERONA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.12	ESTIMULAÇÃO POR ACTH	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.13	ESTRADIOL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.14	HORMÔNIO FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.15	HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.16	IGF-I (SOMATOMEDINA C)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.17	INSULINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.18	PARATORMÔNIO (PTH)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.19	PROGESTERONA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.20	PROTEINA RELACIONADA AO PARATORMONIO (PTHrp)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.21	SUPRESSÃO A DEXAMETASONA	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.22	TESTE DE REPOSIÇÃO HORMONAL (T4 BASAL + T4 PÓS MEDICAMENTO)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.23	TESTOSTERONA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.24	TIROXINA (T4)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.25	TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.26	TRIODOTIRONINA (T3)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.27	TRIPSINOGENIO (TLI)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.28	TSH	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.29	VITAMINA B12 (EXAME)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.30	CORTISOL - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.31	CORTISOL POS DEXAMETASONA - 2 DOSAGENS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.32	CORTISOL POS DEXAMETASONA - 3 DOSAGENS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.33	CORTISOL POS DEXAMETASONA - 2 DOSAGENS - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.34	CORTISOL POS DEXAMETASONA - 3 DOSAGENS - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.35	CORTISOL POS ACTH - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.36	ESTRADIOL - RIE	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.37	HORMONIO DO CRESCIMENTO (GH)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.38	PSA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.39	TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.40	TIROXINA (T4) LIVRE POR DIALISE - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.41	TIROXINA (T4) - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.42	TIROXINA (T4) POS LEVOTIROXINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.43	TIROXINA (T4) POS LEVOTIROXINAV- RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.44	TRIODOTIRONINA (T3) - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.45	VITAMINA D	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.13.46	TSH - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.13.47	17 HIDROXI PROGESTERONA - RIE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
Observações								
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.								
04.14.00	IMUNOLOGIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.14.01	ADENOVIRUS CANINO TIPO 1 (HEPATITE INFECCIOSA CANINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.02	ADENOVIRUS CANINO TIPO 2	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.03	ANTICORPO ANTINÚCLEO (ANA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.04	ARTRITE VIRAL FELINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.05	ASPERGILLUS SP (ASPERGILOSE)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.06	BABESIA SP (BABESIOSE CANINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.07	BLASTOMYCES SP (BLASTOMICOSE)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.08	BRUCELLA CANIS (BRUCELOSE CANINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.09	CALICIVIRUS FELINO (CALICIVIROSE FELINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.10	CHLAMYDIA SP (CLAMIDIOSE FELINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.11	CINOMOSE	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.12	CORONAVIRUS CANINO (CORONAVIROSE CANINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM

04.14.13	CORONAVIRUS ENTERICO FELINO (CORONAVIROSE ENTERICA FELINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.14	CORONAVIRUS FELINO (PERITONITE INFECCIOSA FELINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.15	CRYPTOCOCCUS SP (CRYPTOCOCCOSE)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.17	EHRlichia SP	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.18	ELETROFORESE DE PROTEINA SERICA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.19	ELETROFORESE DE PROTEINAS URINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.20	FATOR REUMATÓIDE CANINO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.21	GIARDIA (PESQUISA DE ANTIGENO NAS FEZES)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.22	HAEMOBARTONELLA FELIS (MYCOPLASMA HAEMOFELIS)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.23	HERPES VIRUS CANINO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.24	HERPES VIRUS FELINO (RINOTRAQUEITE VIRAL FELINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.25	HISTOPLASMA SP (HISTOPLASMOSE)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.26	IMUNODIFUSÃO RADIAL - IGM E IGG	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.27	INFLUENZA VIRUS CANINO (DOENÇA RESPIRATORIA VIRAL)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.29	LEPTOSPIRA INTERROGANS (LEPTOSPIROSE)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.30	LEUCEMIA VIRAL FELINA - FELV + IMUNODEFICIENCIA VIRAL FELINA - FIV	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.31	NEOSPORA CANINUM (NEOSPOROSE)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.32	PARVOVIRUS CANINO (PARVOVIROSE - ANTICORPO)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.33	PARVOVIRUS FELINO (PANLEUCOPENIA VIRAL FELINA - ANTICORPO)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.34	SOROLOGIA BABESIA CANIS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.35	TOXOPLASMA GONDII (TOXOPLASMOSE)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.36	VIRUS SYNCYTIAL FELINO (FELV)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.37	IMUNODEFICIENCIA VIRAL FELINA - FIV	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.38	EXAME DE PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.39	BABESIA SP (BABESIOSE CANINA) - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.40	CALICIVIRUS FELINO (CALICIVIROSE FELINA) - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.41	BORDETELLA BRONCHISEPTICA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.42	CLASMIDIOSE FELINA - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.43	CINOMOSE - IGG	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.44	CINOMOSE - IGM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.45	CINOMOSE - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.46	CORONAVIRUS FELINO (PERITONITE INFECCIOSA FELINA) - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.47	EHRlichia SP - IGG	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.48	EHRlichia SP - IGM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.49	EHRlichia SP - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.50	ERISIPELA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.51	FATOR ANTI NÚCLEO (FAN)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.52	GIARDIA - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.53	HAEMOBARTONELLA CANIS - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.54	HAEMOBARTONELLA FELIS - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.58	LEPTOSPIRA INTERROGANS (LEPTOSPIROSE) - CAMPO ESCURO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.59	PARVOVIRUS CANINO - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.60	TOXOPLASMOSE FELINA - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.61	ANAPLASMÓSE - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.62	TESTE DE ANEMIA HEMOLÍTICA IMUNOMEDIADA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.63	ANTIESTREPTOLISINA "O" (ASLO)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.64	CA 125 (MARCADOR TUMORAL DE OVÁRIO)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.65	CA 15-3 (MARCADOR TUMORAL E MAMA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.66	CA 19-9 (MARCADOR TUMORAL DE TUMOR COLORRETAL E PÂNCREAS)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.67	CA 72-4 (MARCADOR TUMORAL DE TUMOR GÁSTRICO, MAMAS, PULMÕES E OVÁRIOS)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.69	IGE TOTAL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.71	LEPTOSPIROSE (ELISA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.72	PARVOVIROSE AG	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.73	PARVOVIROSE IGM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.74	PROTEINA C REATIVA ULTRA-SENSÍVEL	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.75	TOXOPLASMOSE IGG	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.76	TOXOPLASMOSE IGM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.77	VIRUS SYNCYTIAL FELINO (FELV) - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.78	IMUNODEFICIENCIA VIRAL FELINA (FIV) - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.79	FIV (PCR) + FELV (PCR)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.80	LEPTOSPIROSE - PCR	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.14.81	ERHLICHIA CANIS + ANAPLASMA PLATYS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.82	ERHLICHIA CANIS + ANAPLASMA PLATYS + ERHLICHIA SP	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.83	ERHLICHIA CANIS + ANAPLASMA PLATYS + ERHLICHIA SP + BABESIA CANIS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.84	ERHLICHIA SP + ANAPLASMA PLATYS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.85	ERHLICHIA SP + ERHLICHIA CANIS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.86	MICOPLASMO FELINO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.87	MICOPLASMO FELINO + FIV + FELV	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.88	BABESIA CANIS IGG (BABESIOSE CANINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.89	BABESIA CANIS IGM (BABESIOSE CANINA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.14.90	PARVOVIROSE IGG	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.15.00	MICROBIOLOGIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.15.01	ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBILIDADE PARA ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS)	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	NÃO	SIM	SIM
04.15.02	CULTURA DE BACTÉRIAS AERÓBICAS (SEM ANTIBIOGRAMA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.03	CULTURA DE BACTÉRIAS ANAERÓBICAS (SEM ANTIBIOGRAMA)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.04	CULTURA PARA FUNGOS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.05	EXAME MICOLÓGICO DIRETO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.06	HEMOCULTURA (BACTERIA + FUNGOS)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.07	HEMOCULTURA PARA BRUCELOSE CANINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.08	PESQUISA DE MALASSEZIA PACHYDERMATIS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.09	PESQUISA DE MALASSEZIA SP	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.10	PESQUISA DE MICOBACTERIUM SP (ZIEHL-NIELSEN)	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.11	COLORAÇÃO DE GRAM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.12	CULTURA + ANTIBIOGRAMA - ANAER	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.13	CULTURA + ANTIBIOGRAMA - AEROBIC	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.14	CULTURA E ANTIB - AEROBICAS E ANAEROBIAS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.15	ANTIFUNGIÓGRAMA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.16	PESQUISA DE SPOROTRIX SCHENKI	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.15.17	PESQUISA DE FUNGOS	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM

Observações

*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.

04.16.00	PARASITOLOGIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.16.01	AGUA ETER-HOFFMANN - PESQUISA DE PARASITAS DE OVOS PESADOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.02	COPROLOGICO FUNCIONAL - PARASITOLÓGICO DE FEZES (COMPLETO) + TRIPSINA + GORDURA FECAL + AMIDO + FIBRAS MUSCULARES	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.03	PARASITOLÓGICO DE FEZES (COMPLETO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.04	PESQUISA DE CHLAMYDIA SP - FELINO	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.05	PESQUISA DE CRYPTOSPORIDIUM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.06	PESQUISA DE ECTOPARASITAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.07	PESQUISA DE ECTOPARASITAS EM SECREÇÃO OTOLÓGICA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.09	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.10	PESQUISA DE TRYPANOSOMA SP	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.11	PESQUISA DE PARASITAS PELO MÉTODO DE WILLIS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.12	PESQUISA DE PARASITAS PELO MÉTODO DIRETO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.13	TRIPSINA + GORDURA FECAL + AMIDO + FIBRAS MUSCULARES	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.16.14	CULTURA DE FEZES	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
Observações								
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.								
04.17.00	TOXICOLÓGICOS	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.17.01	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA ARSÊNICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.02	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA CÁDMIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.03	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA CHUMBO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.04	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA COBRE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.05	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA DICUMARINICOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.06	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA ESTRICNINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.07	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA FLUORACETATO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.08	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA INSETICIDAS (CARBAMATOS, ORGANOFOSFORADOS, ORGANOCLORADOS)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.09	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA METAIS PESADOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.10	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA PIRETRÓIDES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.17.11	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA ZINCO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
Observações								
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.								
04.18.00	URINÁLISE	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.18.01	BIOQUÍMICA URINÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.02	DENSIDADE URINÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.03	GLICOSURIA + PROTEINURIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.04	QUALIFICAÇÃO DE CÁLCULOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.18.05	SEDIMENTO URINÁRIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.06	URINA I	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.07	IDENTIFICAÇÃO DE CÁLCULO URINÁRIO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SIM	SIM	SIM
04.18.08	CLEARANCE DE CREATININA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.09	CULTURA DE URINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.10	RELAÇÃO CORTISOL - CREATININA URINÁRIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.11	MIOGLOBINA URINÁRIA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.12	DOSAGEM DE URÉIA NA URINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM
04.18.13	DOSAGEM DE GLICOSE NA URINA	NÃO	SIM	NÃO	SIM	SIM	SIM	SIM
Observações								
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.								
04.19.00	ENDOSCOPIA	PLANO AMBULATORIAL	PLANO COMPLETO	PLANO BASIC	PLANO LIGTH	PLANO PLUS	PLANO TOTAL	PLANO PREMIUM
04.19.01	RINOSCOPIA - CAVIDADE NASAL	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.19.02	LARINGOSCOPIA - LARINGE	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.19.03	TRAQUEOBRONCOSCOPIA - TRAQUEIA E BRÔNQUIOS	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.19.04	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
04.19.05	COLONOSCOPIA - RETO, CÔLON, ÍLEO TERMINAL, CECO	NÃO	SIM	NÃO	NÃO	SOMENTE INTERNADO	SIM	SIM
Observações								
*Para a solicitação dos procedimentos é necessário encaminhar Relatório Médico e Exames Complementares, essas documentações são analisadas pelo corpo Médico Veterinário								
*Para solicitação de Endoscopia no plano Pet Plus é necessário encaminhar um Relatório Médico; a solicitação deve ser condizente com o quadro do Beneficiário.								
*Após a liberação da guia, a mesma tem uma validade de até 30 dias para realização do procedimento, caso passe esse período é necessário dar entrada em uma nova solicitação enviando novamente as documentações.								
*Nenhum dos planos contratados oferecem cobertura para procedimentos solicitados que tenham relação com procedimentos realizados externamente.								

Em caso de dúvida acesse: www.h4pet.com.br
Tel: 4001-4000