

Olá,
Aqui você encontra de forma detalhada todos os procedimentos que são ou não cobertos pelos nossos planos.
Em caso de dúvidas, entre em contato conosco.

| 10.01.00 | Grupos CONSULTAS | Planos Novos | | | Planos Antigos Descontinuados | | | | | | |
|----------|---|--------------|-----------|----------|-------------------------------|----------------------------|-------|-------|-------------------|-------|---------|
| | | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 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 | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.06 | CONSULTA ESPECIALISTA EM NEUROLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.07 | CONSULTA ESPECIALISTA EM ORTOPIEDIA / TRAUMATOLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.08 | CONSULTA ESPECIALISTA EM DERMATOLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.09 | CONSULTA ESPECIALISTA EM ENDOCRINOLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.10 | CONSULTA ESPECIALISTA EM OFTALMOLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.11 | CONSULTA ESPECIALISTA EM CARDIOLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.12 | CONSULTA ESPECIALISTA EM ONCOLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.13 | CONSULTA ESPECIALISTA EM GASTROENTEROLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 10.01.14 | CONSULTA ESPECIALISTA EM HEMATOLOGIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | 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 | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SOMENTE INTERNADO | 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 | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| 10.01.22 | CONSULTA PET HOME PARA APLICAÇÃO DE VACINA FILHOTE | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| 10.02.00 | CIRURGIAS OTOLÓGICAS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 10.02.01 | EXCIÇÃO DA PORÇÃO VERTICAL DO CONDUTO AUDITIVO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.02 | OTO-HEMATOMA UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.03 | ABLAÇÃO PAVILHÃO AURICULAR-UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.04 | RESSECÇÃO TOTAL CANAL VERTICAL EM T | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---------------------|------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|----------------|
| 10.02.05 | ABLAÇÃO TOTAL DO CANAL AUDITIVO COM OSTEOTOMIA LATERAL DA BULA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.06 | ABLACAO DO CONDUTO AUDITIVO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.07 | OSTEOTOMIA DA BULA TIMPÂNICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.08 | RINOTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.09 | EXCISÃO DE POLIPO OTOLOGICO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.10 | ABERTURA OTO-HEMATOMA (DRENO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.11 | LAVAGEM OTOLOGICA (BILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.12 | CIRURGIA DE ABERTURA DO CONDUTO AUDITIVO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.13 | OTO-HEMATOMA BILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.02.14 | CONCHECTOMIA TERAPEUTICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| | | | | | | | | | | | |
| 10.03.00 | CIRURGIAS OFTÁLMICAS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 10.03.01 | BLEFAROPLASTIA PARA COLOBOMA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.02 | BLEFAROPLASTIA PARA ECTOPIO UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.03 | BLEFAROPLASTIA PARA ENTROPIO UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.04 | BLEFAROPLASTIA PARA TRIQUIASE UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.05 | CALÁZIO – CURETAGEM UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.06 | CATARATA – FACECTOMIA (UNILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.07 | CERATECTOMIA SUPERFICIAL (UNILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.08 | CICLODIATERMIA (GLAUCOMA) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.09 | CÍLIO ECTÓPICO UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.10 | DERMÓIDE (CERATECTOMIA SUP. + RECOBRIMENTO COM A 3ª PÁLPEBRA) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.11 | DISTIQUIASE (EPILAÇÃO) UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.12 | ENTRÓPIO/ECTRÓPIO BILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.13 | ENTRÓPIO/ECTRÓPIO UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.14 | ENUCLEACAO OFTALMICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.15 | EVERSÃO DA CARTILAGEM DA TERCEIRA PÁLPEBRA UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.16 | EXCISAO DE NEOPLASIA INTRAOCULAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.17 | EXCISÃO DE NEOPLASIA PALPEBRAL COM RECONSTRUÇÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.18 | FLAP DE TERCEIRA PÁLPEBRA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.19 | LACERAÇÃO CORNEAL - UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.20 | LACERAÇÃO MARGEM PALPEBRAL – SUTURA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.21 | LUXAÇÃO DO CRISTALINO (BILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.22 | PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – REPOSI BILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.23 | PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – REPOSIC UNILAT | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.24 | RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL PEDICULADO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.25 | RECOBRIMENTO LIVRE COM CONJUNTIVA BULBAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.26 | RECOBRIMENTO PEDICULADO COM CONJUNTIVA BULBAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.27 | REDUÇÃO PROTRUSÃO GLOBO OCULAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.28 | SEPULTAMENTO DA GLANDULA DA TERCEIRA PALPEBRA BILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.29 | SEPULTAMENTO DA GLANDULA DA TERCEIRA PALPEBRA UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.30 | TARSORRAFIA BILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.31 | TARSORRAFIA UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.32 | TRANSPOSIÇÃO CORNEO-ESCLERAL - UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.33 | TRIQUEÍASE UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.34 | VIAS LACRIMAIS – FLUSHING | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.03.35 | PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – EXCISÃO UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| 10.04.00 | CIRURGIAS DO APARELHO DIGESTORIO | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|---|--------------|-----------|----------|---------------------|-------------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 10.04.01 | COLECISTECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.02 | COLECISTODUODENOSTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.03 | COLONOPEXIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.04 | CRICOARITENOIDEPEXIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.05 | ENTERECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.06 | ENTEROANASTOMOSE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.07 | ENTEROTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.08 | ESOFAGOMIOTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.09 | ESOFAGOPLASTIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.10 | ESOFAGOTOMIA CERVICAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.11 | ESOFAGOTOMIA TORÁCICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.12 | ESPLENECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.13 | FARINGOSTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.14 | GASTRECTOMIA PARCIAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.15 | GASTROSTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.16 | GASTROSTOMIA PERCUTÂNEA FELINOS | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.17 | GLÂNDULAS SALIVARES (ABLAÇÃO BILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.18 | GLÂNDULAS SALIVARES (ABLAÇÃO UNILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.19 | GLÂNDULAS SALIVARES (DESOBSTRUÇÃO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.20 | LARINGOTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.21 | LOBECTOMIA HEPÁTICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.22 | MARSUPIAÇÃO DE RANULAS | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.23 | PILOROPLASTIA – PILOROMIOTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.24 | PROLAPSO DE RETO – AMPUTAÇÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.25 | PROLAPSO DE RETO – REDUÇÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.26 | TORÇÃO/DILATAÇÃO GÁSTRICA - REDUÇÃO E GASTROPEXIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.04.27 | TORÇÃO/DILATAÇÃO GÁSTRICA - REDUÇÃO, GASTECT. PARCIAL E ESPLENECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.00 | CIRURGIAS BUCO-MAXILO-FACIAIS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 10.05.01 | ARITENOIDECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.02 | FENDA PALATINA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.03 | LATERIZAÇÃO DE ARITENOÍDE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.04 | LIMPEZA DE TARTARO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | SIM |
| 10.05.05 | MANDIBULECTOMIA PARCIAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.06 | MANDIBULECTOMIA TOTAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.07 | MAXILECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.08 | OSTEOSSINTESE DE SINFISE MANDIBULAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.09 | OSTEOSSINTESE: RAMO OU CORPO MANDIBULAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.10 | RESSECCAO DE PALATO MOLE (PALATOPLASTIA) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.11 | TREPANACAO DE SEIOS NASAIS | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.12 | RINOPLASTIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.05.13 | RESSECCAO DE PREGA CUTANEA FACIAL (PREGA NASAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.00 | CIRURGIAS TRAUMATOLÓGICAS E ORTOPÉDICAS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 10.06.01 | AMPUTAÇÃO DE FALANGE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.02 | AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ANTERIOR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.03 | AMPUTAÇÃO DO MEMBRO POSTERIOR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.04 | ANQUILOSE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.05 | ARTRODESE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 10.06.06 | ARTROTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.07 | AVANÇO DA TUBEROSIDADE DA TÍBIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.08 | COLOCEFALECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.09 | CORONOIDECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.10 | DENERVAÇÃO ACETABULAR UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.11 | DISPLASIA DE COTOVELO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.12 | HEMIPELVECTOMIA PARCIAL (ACETABULECTOMIA) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.13 | LIGAMENTO CRUZADO - EXTRACAPSULAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.14 | LIGAMENTO CRUZADO - TPLO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.15 | LIGAMENTO CRUZADO - TTA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.16 | LUXAÇÃO DE PATELA GRAU I E II | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.17 | LUXAÇÃO DE PATELA GRAU III | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.18 | LUXAÇÃO DE PATELA GRAU IV | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.19 | OSTEOCONDRITE DISSECANTE (CABEÇA DO UMERO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.20 | OSTEOSINTESE DE FRATURAS ARTICULARES | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.21 | OSTEOSSINTESE – CALCÂNEO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.22 | OSTEOSSINTESE – FÊMUR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.23 | OSTEOSSINTESE – PELVE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.24 | OSTEOSSINTESE – RADIO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.25 | OSTEOSSINTESE – TÍBIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.26 | OSTEOSSINTESE – ULNA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.27 | OSTEOSSINTESE – UMERO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.28 | OSTEOSSINTESE COMPLEXA (MAIS DE UM LOCAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.29 | OSTEOSSINTESE METARCARPO/METATARSO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.30 | OSTEOTEMIA CORRETIVA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.31 | OSTEOTOMIA DUPLA PÉLVICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.32 | OSTEOTOMIA NIVELADO DO PLATÔ DA TÍBIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.33 | OSTEOTOMIA PROXIMAL ULNAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.34 | OSTESSINTESE DE RADIO E ULNA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.35 | PROCESSO ANCÔNEO (NÃO UNIÃO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.36 | REMOÇÃO DE IMPLANTE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.06.37 | REDUÇÃO ABERTA COM SUTURA DE CÁPSULA ARTICULAR PARA CORRE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| 10.07.00 | CIRURGIAS DA COLUNA VERTEBRAL | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 10.07.01 | CAUDECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.02 | DESCOMPRESSAO VERTEBRA VENTRAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.03 | FENESTRAÇÃO DE DISCO INTERVERTEBRAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.04 | HEMILAMINECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.05 | HEMILAMINECTOMIA E FENESTRAÇÃO DE DISCO INTERVERTEBRAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.06 | HEMILAMINECTOMIA E IMOBILIZAÇÃO INTERNA (PROC. ESPIN) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.07 | LAMINECTOMIA CERVICAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.08 | LAMINECTOMIA DORSAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.09 | LAMINECTOMIA TORACOLOMBAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.10 | OSTEOSSINTESE DE COLUNA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.11 | PENDILECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.12 | SLOT | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.07.13 | SUBLUXACAO E ESTABILIZACAO ATLANTO-AXIAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| 10.08.00 | CIRURGIAS DO APARELHO URO-GENITAL | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|-----------------------------------|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 10.08.01 | ABLAÇÃO DA BOLSA ESCROTAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 10.08.02 | AMPUT. TOTAL DO PÊNIS COM ORQUIECTOMIA E URETROSTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.03 | AMPUT. TOTAL DO PÊNIS E URETROSTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.04 | CISTORRAFIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.05 | CISTOTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.06 | CRIPTORQUIDISMO ABDOMINAL/ECTOPIC | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.07 | CRIPTORQUIDISMO SUBCUTÂNEO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.08 | FIMOSE OU PARAFIMOSE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.09 | MASTECTOMIA TOTAL (CANINO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.10 | MASTECTOMIA TOTAL (FELINO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.11 | MASTECTOMIA TOTAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (CANINO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.12 | MASTECTOMIA TOTAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (FELINO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.13 | MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL (CANINO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.14 | MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL (FELINO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.15 | MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (CANINO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.16 | MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (FELINO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.17 | MONORQUÍDICO (TESTÍCULO BOLSA) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.18 | NEFRECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.19 | ORQUIECTOMIA – CANINO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 10.08.20 | ORQUIECTOMIA – FELINO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 10.08.21 | OVÁRIO-HISTERECTOMIA – CANINO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 10.08.22 | OVÁRIO-HISTERECTOMIA – FELINO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | SIM |
| 10.08.23 | PIOMETRA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.24 | PIOMETRA DE COTO UTERINO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.25 | PÓLIPO VAGINAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.26 | PROLAPSO DE URETRA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.27 | PROLAPSO DE ÚTERO - OVÁRIO-HISTERECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.28 | URETEROSTOMIA BILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.29 | URETEROSTOMIA UNILATERAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.30 | URETOSTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.31 | OVÁRIO REMANESCENTE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.08.32 | CISTECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| 10.09.00 | HERNIORRAFIAS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 10.09.01 | HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.09.02 | HÉRNIA INGUINAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.09.03 | HÉRNIA PERINEAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.09.04 | HÉRNIA UMBILICAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.09.05 | HÉRNIA UMBILICAL-PERSISTÊNCIA DE ÚRACO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| 10.10.00 | CIRURGIAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO E CARDIO-VASCULAR | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 10.10.01 | LOBECTOMIA PULMONAR | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.10.02 | PERSISTÊNCIA DO ARCO AORTICO DIREITO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.10.03 | PERSISTÊNCIA DO DUCTO ARTERIOSO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.10.04 | TRAQUEOSTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.10.05 | TORACOPLASTIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.10.06 | TORACOTOMIA EXPLORATÓRIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| 10.11.00 | CIRURGIA GERAL DO ABDOME | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--------------------------|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 10.11.01 | EVENTRAÇÃO – EVISCERAÇÃO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---------------------|------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|----------------|
| 10.11.02 | LAPAROTOMIA EXPLORATORIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.00 | OUTROS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS (GRAU DE COMPLEXIDADE) | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 10.12.01 | AMPUTAÇÃO DE UNHA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.02 | BIÓPSIA DE LINFONODO PERCUTÂNEA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.03 | BIÓPSIA HEPÁTICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.04 | BIÓPSIA INTESTINAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.05 | BIÓPSIA ÓSSEA (SOMENTE EM CLÍNICA) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.06 | BIÓPSIA DE LINFONODO ABDOMINAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.08 | LINFADENECTOMIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.09 | NEOPLASIAS DE CAVIDADE ABDOMINAL – ADRENAIS, MESENQUIMAIS ADERIDAS | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.10 | NEOPLASIAS DE CAVIDADE ABDOMINAL – MESENQUIMAIS NÃO ADERIDAS | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.11 | RESSECÇÃO DO LINFONODO SENTINELA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.12 | RETIRADA de PAPILOMA ORAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.12.13 | BIÓPSIA GASTRICA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.00 | ANESTESIAS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 10.13.01 | ASA (I - II) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.02 | ASA (III) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.03 | ASA (IV - V) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.04 | ANESTESIA LOCAL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.05 | ANESTESIA EPIDURAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.06 | ANESTESIA GERAL (SOMENTE INTRAVENOSA) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.07 | BLOQUEIOS REGIONAIS | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.08 | TRANQUILIZACAO/SEDACAO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 10.13.09 | ANESTESIA BRAQUICEFÁLICOS | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.00 | SISTEMA TEGUMENTAR | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 10.14.01 | ABLAÇÃO DE GL. AD ANAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.02 | BIÓPSIA DE PELE (COM BOTÃO ANESTÉSICO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.03 | EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS ACIMA DE 10 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.04 | EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS ATE 3 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.05 | EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS DE 3 A 6 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.06 | EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS BENIGNAS DE 6 A 10 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.07 | EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MALIGNAS ACIMA DE 10 CM | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.08 | EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MALIGNAS ATE 3 CM | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.09 | EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MALIGNAS DE 3 A 6 CM | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.10 | EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS MALIGNAS DE 6 A 10 CM | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.11 | RESSECÇÃO DE VERRUGA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.12 | TAXA DE ANAPLASTIA (RETALHO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 10.14.13 | REJEIÇÃO SUTURA (MUSCULATURA E PELE) | | | | | | | | | | |
| 20.01.00 | INTERNAÇÃO DIÁRIA (COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS) | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 20.01.01 | CENTRO CIRURGICO - CIRURGIA GRANDE PORTE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 20.01.02 | CENTRO CIRURGICO - CIRURGIA MEDIO PORTE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|---------------------|------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|-------------------|---------------------|---------------------|-----|
| 30.02.21 | SUTURA FERIDA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.02.22 | LAVAGEM GASTRICA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.02.23 | CARVÃO ATIVADO + LAVAGEM GASTRICA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.02.24 | TAXA DE COLETA DOMICILIAR | NÃO | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO |
| 30.03.00 | QUIMIOTERÁPICOS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM | |
| 30.03.01 | SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | SIM | |
| 30.04.00 | PROCEDIMENTOS OFTÁLMICO | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM | |
| 30.04.01 | COLIRIO ANESTÉSICO (UNILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.02 | DEBRIDAMENTO COM BROOCA (UNILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.03 | DEBRIDAMENTO DE CORNEA COM COLIRIO ANESTESICO (UNILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.04 | DEBRIDAMENTO UNILATERAL (RASPADO) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.05 | SESSAO DE TRATAMENTO OFTALMICO | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.06 | SWAB DE CONJUNTIVA (UNILATERAL) - COLETA | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.07 | TESTE DE FLUORESCÉINA (BILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.08 | TESTE DE JONES (BILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.09 | TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER (BILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.04.10 | TESTE ROSA BENGALA (BILATERAL) | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.05.00 | MEDICAMENTOS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM | |
| 30.05.01 | APLICACAO DE ACTH POR KILO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.05.02 | APLICAÇÃO PARA DEXAMETASONA (SUPRESSÃO) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.06.00 | SESSÃO DE ACUPUNTURA | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM | |
| 30.06.01 | SESSÃO DE ACUPUNTURA | NÃO | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | DEPENDE DO CONTRATO | DEPENDE DO CONTRATO | |
| 30.07.00 | SESSÃO DE FISIOTERAPIA | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM | |
| 30.07.01 | SESSÃO DE FISIOTERAPIA | NÃO | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | DEPENDE DO CONTRATO | DEPENDE DO CONTRATO | |
| 30.08.00 | Vacinas | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM | |
| 30.08.01 | VACINA MÚLTIPLA CANINA | SIM | 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 | SIM |
| 30.08.03 | VACINA ANTIRRÁBICA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 30.08.04 | VACINA BORDETELLA - Planos novos e Pet PREMIUM somente | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | SIM | |
| 30.08.05 | VACINA POLIVALENTE FILHOTE | SIM | SIM | SIM | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | NÃO | |
| 40.01.00 | RADIOLOGIA | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM | |
| 40.01.01 | RADIOGRAFIA (COLAPSO DE TRAQUEIA) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM | |
| 40.01.02 | RADIOGRAFIA CONTROLE POS-OPERATORIO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|---------------------|------------------|-----------------|-------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|----------------|
| 40.03.08 | EUTANÁSIA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.03.09 | PERICARDIOCENTESE | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.03.10 | TORACOCENTESE - DRENAGEM PLEURAL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.04.00 | ULTRASSONOGRAFIA | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 40.04.01 | BIÓPSIA GUIADA POR ULTRASSOM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.02 | CISTOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.03 | RETORNO ULTRASSOM (ATÉ 30 DIAS) POS CIRURGICO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.04 | ULTRASSOM SIMPLES CONTROLE | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.05 | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.06 | ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAR | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.07 | ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.08 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DUPLA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.09 | ULTRASSONOGRAFIA ENCEFALICA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.10 | ULTRASSONOGRAFIA OCULAR DIREITO E ESQUERDO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.11 | ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.04.12 | CITOLOGIA ASPIRATIVA GUIADA POR ULTRASSOM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.05.00 | EXAMES CARDIOLÓGICOS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 40.05.01 | ECODOPPLERCARDIOGRAFIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.05.02 | ELETROCARDIOGRAFIA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.05.04 | PRESSÃO ARTERIAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.05.05 | TELEMEDICINA - ELETROCARDIOGRAFIA - LAUDO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.05.06 | TELEMEDICINA - ELETROCARDIOGRAFIA - TÉCNICO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.06.00 | TOMOGRAFIA | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
| 40.06.01 | CONTRASTE - TOMOGRAFIA (terceirizado) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.06.02 | LAUDO - TOMOGRAFIA (terceirizado) | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.06.03 | TOMOGRAFIA ABDOMINAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.06.04 | TOMOGRAFIA CERVICAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |
| 40.06.05 | TOMOGRAFIA DA COLUNA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SOMENTE INTERNADO | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 40.09.21 | COLORO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.22 | COLORO URINÁRIO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.23 | COLESTEROL HDL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.24 | COLESTEROL LDL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.25 | COLESTEROL TOTAL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.26 | COLESTEROL VLDL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.27 | COLETEROL TOTAL E FRAÇÕES | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.28 | COLINESTERASE | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.29 | CREATININA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.30 | CREATININA URINÁRIA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.31 | CURVA GLICÊMICA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.32 | DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.33 | DIFENILHIDANTOINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.34 | DIGOXINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.35 | DOSAGEM DE CETONAS | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.36 | ELETROFORESE DE PROTEINA SÉRICA / Eletroforese | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.37 | ELETROFORESE DE COLESTEROL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.38 | FENOBARBITAL (EXAME) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.39 | FERRITINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.40 | FERRO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.41 | FOSFATASE ÁCIDA TOTAL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.42 | FOSFATASE ALCALINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.43 | FOSFATASE ALCALINA TOTAL E FRAÇÕES | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.44 | FOSFOLÍPÍDEOS | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.45 | FÓSFORO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.46 | FRUTOSAMINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.47 | GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GGT) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.48 | GLICEMIA (FITA) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.49 | GLICEMIA (FITA) - INTERNAÇÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.50 | GLICOSE (GLICEMIA) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.51 | GLICOSE PÓS PRANDIAL | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.52 | GLOBULINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.53 | HEMOGLOBINA GLICADA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.54 | LACTATO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.55 | LACTATO (FITA) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.56 | LACTATO (FITA) - INTERNAÇÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.58 | LIPASE SÉRICA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.59 | LIPÍDEOS TOTAIS | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.60 | MAGNESIO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.61 | POTASSIO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.62 | PRIMIDRONA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.63 | PROTEINA TOTAL E FRACOES | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.64 | PROTEINAS TOTAIS (ALBUMINA + GLOBULINA) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.65 | RELAÇÃO PROTEINA - CREATININA URINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.66 | SÓDIO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.67 | TRIGLICÉRIDES | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.68 | URÉIA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.69 | ZINCO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.09.70 | LIPASE PANCREÁTICA ESPECÍFICA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| 40.10.00 | HISTOPATOLÓGICO | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--------------------------|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 40.10.01 | COLORAÇÃO DE GRAN | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.02 | HISTOPATOLÓGICO (1 PEÇA) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.03 | HISTOPATOLÓGICO (2 PEÇA) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 40.10.04 | HISTOPATOLÓGICO (3 PEÇA) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.05 | HISTOPATOLÓGICO (4 PEÇA) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.06 | HISTOPATOLÓGICO (5 PEÇA) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.07 | HISTOPATOLÓGICO COM MARGEM | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.08 | HISTOPATOLÓGICO ÓSSEO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.09 | HISTOPATOLÓGICO PARA PERFIL BIÓPSIA DE CADEIA MAMÁRIA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.10 | IMUNOHISTOQUÍMICA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.11 | IMUNOHISTOQUÍMICA - 1 MARCADOR | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.12 | IMUNOHISTOQUÍMICA - PROGNÓSTICO MASTOCITOMA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.13 | IMUNOHISTOQUÍMICA PARA PROGNÓSTICO DE CARCINOMA MAMÁRIA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.14 | PAINEL GERAL DE IMUNOHISTOQUÍMICA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |
| 40.10.15 | REVISÃO DE LÂMINA - HISTOPATOLÓGICO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | SIM | SIM | SIM |

| 40.11.00 | HEMATOLOGIA | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 40.11.04 | HEMATÓCRITO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.05 | HEMOGRAMA COMPLETO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.08 | MIELOGRAMA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.09 | PESQUISA DE CÉLULAS DE LUPUS ERITEMATOSO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.10 | PESQUISA DE CORPÚSCULO DE HEINZ | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.11 | PESQUISA DE CORPÚSCULO DE LENTZ | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.12 | PESQUISA DE HEMATOZOÁRIO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.13 | PESQUISA DE RETICULÓCITO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.14 | TIPAGEM SANGUÍNEA (CÃES E GATOS) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.11.15 | VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| 40.12.00 | HEMOSTASIA | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 40.12.01 | FIBRINOGENIO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.12.02 | HEMOGASOMETRIA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.12.03 | TEMPO DE COAGULAÇÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.12.04 | TEMPO DE PROTROMBINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.12.05 | TEMPO DE SANGRAMENTO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.12.06 | TEMPO DE SANGRAMENTO + TEMPO DE COAGULAÇÃO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.12.07 | TEMPO DE TROMBINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.12.08 | TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| 40.13.00 | HORMONIOS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|---|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 40.13.01 | 17 HIDROXI PROGESTERONA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.02 | 17 HIDROXI PROGESTERONA - RIE | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.03 | ÁCIDO FÓLICO | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.04 | ACTH ENDÓGENO (HORMONIO ADRENOCORTICOTRÓFICO) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.05 | ALDOSTERONA - ESTIMULAÇÃO POR ACTH | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.06 | ALDOSTERONA BASAL | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.07 | ANDROSTENEDIONA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.08 | ANTICORPO ANTI TIROXINA (T4) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.09 | ANTICORPO ANTI TRIIODOTIRONINA (T3) | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.10 | AUTOANTICORPO ANTI TIREOGLOBULINA | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.11 | CORTISOL | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.12 | CORTISOL - RIE | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.13 | CORTISOL POS ACTH | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.13.14 | CORTISOL POS ACTH - RIE | SIM | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | SIM | SIM | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 40.16.08 | PESQUISA DE ECTOPARASITAS | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.16.09 | PESQUISA DE ECTOPARASITAS EM SECREÇÃO OTOLÓGICA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.16.10 | PESQUISA DE PARASITAS PELO MÉTODO DE WILLIS | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.16.11 | PESQUISA DE PARASITAS PELO MÉTODO DIRETO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.16.12 | PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.16.13 | PESQUISA DE TRYPANOSOMA SP | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.16.14 | TRIPSINA + GORDURA FECAL + AMIDO + FIBRAS MUSCULARES | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |

| 40.17.00 | TOXICOLÓGICOS | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 40.17.01 | ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA ARSÊNICO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.17.02 | ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA CÁDMIO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.17.03 | ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA CHUMBO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.17.04 | ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA COBRE | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.17.05 | ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA DICUMARÍNICOS | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.17.06 | ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA ESTRICNINA | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.17.07 | ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA FLUORACETATO | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM | SIM |
| 40.17.08 | ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA INSETICIDAS (CARBAMATOS, ORGANOFOSFORADOS, ORGANOCLORADOS) | 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 | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|--|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|------|-------|---------|
| 40.18.01 | BIOQUÍMICA URINARIA | 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 URINARIA | 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 | IDENTIFICACAO DE CALCULO URINARIO | 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 | AMBULATORIAL | ESSENCIAL | COMPLETO | PET AMBULATORIAL | PET COMPLETO PORTABILIDADE | BASIC | LIGHT | PLUS | TOTAL | PREMIUM |
|----------|---|--------------|-----------|----------|------------------|----------------------------|-------|-------|-------------------|-------|---------|
| 40.19.01 | COLONOSCOPIA - RETO,CÓLON, ILEO TERMINAL, CECO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |
| 40.19.02 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |
| 40.19.03 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA + BAIXA | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |
| 40.19.04 | LARINGOSCOPIA - LARINGE | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |
| 40.19.05 | RINOSCOPIA - CAVIDADE NASAL | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |
| 40.19.06 | TAXA DE ACOMPANHAMENTO CIRÚRGICO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |
| 40.19.07 | TAXA DE RETIRADA DE CORPO ESTRANHO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |

| | | | | | | | | | | | |
|----------|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------------------|-----|-----|
| 40.19.08 | TAXA EMERGENCIAL NOTURNO/FDS/FERIADO | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |
| 40.19.09 | TRAQUEOBRONCOSCOPIA - TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS | NÃO | SIM | SIM | NÃO | SIM | NÃO | NÃO | Somente internado | SIM | SIM |