

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
1	CONSULTA VETERINÁRIA	1.01	CONSULTA DE EMERGENCIA/URGENCIA DAS 8H ATÉ 21H (SEG A SAB)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		1.02	CONSULTA DE EMERGENCIA/URGENCIA DAS 21H ATÉ 8H	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		1.03	CONSULTA URGÊNC/EMERGÊNC DOMING FERIADOS ATÉ 8H DO PROX DIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		1.04	CONSULTA URGÊNCIA EMERGÊNCIA AOS SÁBADOS APÓS 21H	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
2	CONSULTA ESPECIALISTA	2.01	CONSULTA ESPECIALISTA	S/Cobertura	S/Cobertura	SIM	SIM	SIM	R\$ 132.00
		02.02	CONSULTA ESPECIALISTA DAS 21H ATÉ ÀS 8H	S/Cobertura	S/Cobertura	SIM	SIM	SIM	R\$ 198.00
		2.03	CONSULTA ESPECIALISTA EM DOMINGOS E FERIADOS (ATÉ ÀS 8H DO PRÓX DIA)	S/Cobertura	S/Cobertura	SIM	SIM	SIM	R\$ 198.00
		02.04	CONSULTA ESPECIALISTA SÁBADOS APÓS 21H	S/Cobertura	S/Cobertura	SIM	SIM	SIM	R\$ 198.00
3	ATENDIMENTO AMBULATORIAL	03.01.01	CURATIVOS AMBULATORIAIS SIMPLES	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		03.01.02	CURATIVOS AMBULATORIAIS COMPLEXOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 176.00
		03.01.03	LIMPEZA DE MIIASE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 143.00
		03.01.04	LIMPEZA DE MIIASE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 143.00
		03.01.05	INALAÇÕES – 15 MINUTOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		03.01.06	LIMPEZA DE OUVIDOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		03.01.07	ACOMPANHAMENTO DE SOROTERAPIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		03.01.08	ACOMPANHAMENTO DE TRANSFUSÃO SANGUINEA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		03.01.09	COLETA DE SANGUE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		03.01.10	SUTURA FERIDA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		03.01.11	LAVAGEM INTESTINAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 143.00
		03.01.12	PROCEDIMENTO PARACENTESE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		03.01.13	PROCEDIMENTO REMOCAO ESPINHOS (PORCO ESPINHO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 550.00
		03.01.14	PASSAGEM DE Sonda URETRAL CANINO (FEMEA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		03.01.15	PASSAGEM DE Sonda URETRAL CANINO (MACHO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		03.01.16	PASSAGEM DE Sonda URETRAL FELINO (FEMEA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 143.00
		03.01.17	PASSAGEM DE Sonda URETRAL FELINO (MACHO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 143.00
		03.01.18	RETIRADA DE ANZOL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		03.01.19	ENEMA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		03.20	LAVAGEM VESICAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
4	EXAMES IMAGEM	04.01.01	RADIOGRAFIA DO CRÂNIO DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.02	RADIOGRAFIA DA MANDIBULA (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.03	RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.04	RADIOGRAFIA DA COLUNA TORÁCICA (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.05	RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.06	RADIOLOGIA DA ESCAPULA (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		04.01.07	RADIOGRAFIA DO ÚMERO (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.01.08	RADIOGRAFIA DO RADIO/ULNA (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.09	RADIOGRAFIA DO CARPO/FALANGES (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.01.10	RADIOGRAFIA DA PELVE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 99.00
		04.01.11	RADIOGRAFIA DO FÊMUR (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.12	RADIOGRAFIA DA TÍBIA/FIBULA (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 99.00
		04.01.13	RADIOGRAFIA DO METACARPO/FALANGES (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.01.14	RADIOGRAFIA DO TÓRAX (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 77.00
		04.01.15	RADIOGRAFIA DO ABDÔMEN (DUPLA EXPOSIÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.16	RADIOGRAFIA SIMPLES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 44.00
		04.01.17	RAIO-X 2 PROJEÇÕES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.18	RAIO-X 3 PROJEÇÕES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 143.00
		04.01.19	RAIO-X 4 PROJEÇÕES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		04.01.20	RAIO-X 5 PROJEÇÕES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 209.00
		04.01.21	RAIO-X 6 PROJEÇÕES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 253.00
		04.01.22	RAIO-X CAVIDADE CELOMÁTICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.23	RAIO-X DE ABDÔMEN	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		04.01.24	RAIO-X DE COLUNA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.25	RAIO-X DE CRÂNIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.26	RAIO-X DE MEMBRO PÉLVICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.27	RAIO-X DE MEMBRO TORÁCICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.28	RAIO-X DE TÓRAX	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.29	RAIO-X REGIÃO CERVICAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.30	RAIO-X CONTROLE POS-OPERATORIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 44.00
		04.01.31	RADIOGRAFIA DO CRÂNIO-DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.32	RADIOGRAFIA DA MANDIBULA (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.33	RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.34	RADIOGRAFIA DA COLUNA TORÁCICA (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.35	RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBO-SACRA (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.36	RADIOLOGIA DA ESCAPULA (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.37	RADIOGRAFIA DO ÚMERO (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.01.38	RADIOGRAFIA DO RADIO/ULNA (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 110.00
		04.01.39	RADIOGRAFIA DO CARPO/FALANGES (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.01.40	RADIOGRAFIA DA PELVE (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 99.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		04.01.41	RADIOGRAFIA DO FÊMUR (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 99.00
		04.01.42	RADIOGRAFIA DA TÍBIA/FIBULA (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 99.00
		04.01.43	RADIOGRAFIA DO METACARPO/FALANGES (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.01.44	RADIOGRAFIA DO TÓRAX (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 77.00
		04.01.45	RADIOGRAFIA DO ABDÔMEN (DUPLA EXPOSIÇÃO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 99.00
		04.01.46	RADIOGRAFIA SIMPLES (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 38.50
		04.01.47	RAIO-X 2 PROJEÇÕES (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 99.00
		04.01.48	RAIO-X 3 PROJEÇÕES (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 143.00
		04.01.49	RAIO-X 4 PROJEÇÕES (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		04.01.50	RAIO-X 5 PROJEÇÕES (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 209.00
		04.01.51	RAIO-X 6 PROJEÇÕES (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 253.00
		04.01.52	RAIO-X CAVIDADE CELOMÁTICA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.53	RAIO-X DE ABDÔMEN (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.54	RAIO-X DE COLUNA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.55	RAIO-X DE CRÂNIO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.56	RAIO-X DE MEMBRO PÉLVICO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.57	RAIO-X DE MEMBRO TORÁCICO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL – R\$)
		04.01.58	RAIO-X DE TÓRAX (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.59	RAIO-X REGIÃO CERVICAL (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.60	RAIO-X CONTROLE POS-OPERATORIO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 44.00
		04.01.61	MILOGRAFIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 847.00
		04.01.62	UROGRAFIA EXCRETORA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 275.00
		04.01.63	UROGRAFIA RETROGRADA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		04.01.64	UROGRAFIA DUPLO CONTRASTE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		04.01.65	TRÂNSITO INTESTINAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		04.01.66	ENEMA DE BARIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		04.01.67	CONTRASTE DO ESÔFAGO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 253.00
		04.01.68	DISPLASIA COXO-FEMORAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		04.01.69	MILOGRAFIA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 847.00
		04.01.70	UROGRAFIA EXCRETORA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 275.00
		04.01.71	UROGRAFIA RETROGRADA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		04.01.72	UROGRAFIA DUPLO CONTRASTE (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		04.01.73	TRÂNSITO INTESTINAL (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		04.01.74	ENEMA DE BARIO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL – R\$)
		04.01.75	CONTRASTE DO ESÔFAGO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 253.00
		04.01.76	DISPLASIA COXO-FEMORAL (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		04.01.77	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		04.01.78	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DUPLA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 418.00
		04.01.79	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		04.01.80	ULTRASSONOGRAFIA ENCEFALICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00
		04.01.81	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00
		04.01.82	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00
		04.01.83	BIÓPSIA GUIADA POR ULTRASSOM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 154.00
		04.01.84	ULTRASSONOGRAFIA VASCULAR COM DOPPLER	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		04.01.85	ULTRASSOM SIMPLES CONTROLE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 60.50
		04.01.86	CISTOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.01.87	ULTRASSONOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		04.01.88	ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DUPLA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 418.00
		04.01.89	ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		04.01.90	ULTRASSONOGRAFIA ENCEFALICA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00
		04.01.91	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		04.01.92	ULTRASSONOGRAFIA CERVICAL (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00
		04.01.93	BIÓPSIA GUIADA POR ULTRASSOM (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 154.00
		04.01.94	VASCULAR COM DOPPLER (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		04.01.95	ULTRASSOM SIMPLES CONTROLE (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.01.96	CISTOCENTESE GUIADA POR ULTRASSOM (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.01.97	ECODOPPLERCARDIOGRAFIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 319.00
		04.01.98	HOLTER	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		04.01.99	PRESSÃO ARTERIAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 33.00
		04.02.01	ELETROCARDIOGRAFIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.02.02	TELEMEDICINA - ELETROCARDIOGRAFIA - LAUDO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 55.00
		04.02.03	TELEMEDICINA - ELETROCARDIOGRAFIA - TÉCNICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 44.00
		04.02.04	ECODOPPLERCARDIOGRAFIA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 319.00
		04.02.05	HOLTER (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		04.02.06	PRESSÃO ARTERIAL (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 33.00
		04.02.07	ELETROCARDIOGRAFIA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		04.02.08	TOMOGRAFIA DA COLUNA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,122.00
		04.02.09	TOMOGRAFIA DE MEMBRO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		04.02.10	TOMOGRAFIA DO ABDOMEN	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00
		04.02.11	TOMOGRAFIA DO CRANIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,155.00
		04.02.12	TOMOGRAFIA DO TORAX	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00
		04.02.13	TOMOGRAFIA CERVICAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00
		04.02.14	SEGMENTO TOMOGRAFIA - CRÂNIO/COLUNA OU MEMBRO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 429.00
		04.02.15	SEGMENTO TOMOGRAFIA - TORAX OU ABDÔMEN	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 462.00
		04.02.16	TOMOGRAFIA DA COLUNA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,122.00
		04.02.17	TOMOGRAFIA DE MEMBRO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00
		04.02.18	TOMOGRAFIA DO ABDOMEN (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00
		04.02.19	TOMOGRAFIA DO CRANIO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00
		04.02.20	TOMOGRAFIA DO TORAX (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00
		04.02.21	TOMOGRAFIA CERVICAL (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,342.00
		04.02.22	SEGMENTO TOMOGRAFIA - CRÂNIO/COLUNA OU MEMBRO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 429.00
		04.02.23	SEGMENTO TOMOGRAFIA - TORAX OU ABDÔMEN (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 462.00
		04.02.24	RESSONANCIA DO CRANIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,673.00
		04.02.25	RESSONANCIA CERVICAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,717.00
		04.02.26	RESSONANCIA ARTICULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,717.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL - R\$)
		04.02.27	RESSONANCIA DE DUAS REGIOES DISTINTAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,465.00
		04.02.28	RESSONANCIA DO CRANIO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,673.00
		04.02.29	RESSONANCIA CERVICAL (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,717.00
		04.02.30	RESSONANCIA ARTICULAR (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,717.00
		04.02.31	RESSONANCIA DE DUAS REGIOES DISTINTAS (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,465.00
		04.02.32	RINOSCOPIA - CAVIDADE NASAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00
		04.02.33	LARINGOSCOPIA - LARINGE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,628.00
		04.02.34	TRAQUEOBRONCOSCOPIA - TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,079.00
		04.02.35	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - ESÔFAGO, ESTÔMAGO E DUODENO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00
		04.02.36	COLONOSCOPIA - RETO,CÓLON, ILEO TERMINAL, CECO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00
		04.02.37	TAXA DE RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 418.00
		04.02.38	TAXA EMERGENCIAL NOTURNO/FDS/FERIADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 363.00
		04.02.39	TAXA DE ACOMPANHAMENTO CIRÚRGICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 363.00
		04.02.40	RINOSCOPIA - CAVIDADE NASAL (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00
		04.02.41	LARINGOSCOPIA - LARINGE (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,628.00
		04.02.42	TRAQUEOBRONCOSCOPIA - TRAQUEIA E BRONQUIOS (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,079.00
		04.02.43	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA - ESÔFAGO, ESTOMAGO E DUODENO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
5	EXAMES LABORATORIAIS	04.02.44	COLONOSCOPIA - RETO, COLON, ÍLEO TERMINAL, CECO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00
		05.01.01	COLHEITA DE LÍQUIDO CÉFALO-RAQUIDIANO (SOMENTE EM CLÍNICA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 121.00
		05.01.02	COLHEITA DE MEDULA ÓSSEA PARA MIELOGRAMA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		05.01.03	BIÓPSIA DE PELE (COM BOTÃO ANESTÉSICO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		05.01.04	BIÓPSIA ÓSSEA (SOMENTE EM CLÍNICA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		05.01.05	PERICARDIOCENTESE (SOMENTE EM CLÍNICA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 374.00
		05.01.06	PARACENTESE - DRENAGEM DE LÍQUIDO ASCÍTICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		05.01.07	TORACOCENTESE - DRENAGEM PLEURAL (SOMENTE EM CLÍNICA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		05.01.08	EUTANÁSIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 154.00
		05.01.09	DRENAGEM DE ABSCESSOS E/OU HEMATOMAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 165.00
		05.01.10	COLHEITA DE LÍQUIDO SINOVIAL (ARTICULAR)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		05.01.11	CISTOCENTESE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 22.00
		05.01.12	ABDOMINOCENTESE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		05.01.13	COLHEITA DE LÍQUIDO CÉFALO-RAQUIDIANO (SOMENTE EM CLÍNICA) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 121.00
		05.01.14	COLHEITA DE MEDULA ÓSSEA PARA MIELOGRAMA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		05.01.15	BIÓPSIA DE PELE (COM BOTÃO ANESTÉSICO) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
05.01.16	BIÓPSIA ÓSSEA (SOMENTE EM CLÍNICA) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00		

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.01.17	PERICARDIOCENTESE (SOMENTE EM CLÍNICA) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 374.00
		05.01.18	PARACENTESE - DRENAGEM DE LÍQUIDO ASCÍTICO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		05.01.19	TORACOCENTESE - DRENAGEM PLEURAL (SOMENTE EM CLÍNICA) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		05.01.20	EUTANÁSIA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 154.00
		05.01.21	DRENAGEM DE ABSCESSOS E/OU HEMATOMAS (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 165.00
		05.01.22	COLHEITA DE LÍQUIDO SINOVIAL (ARTICULAR) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 99.00
		05.01.23	CISTOCENTESE (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 22.00
		05.01.24	ANÁLISE CITOLÓGICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.25	ANÁLISE CITOLÓGICA - EFUSÃO PLEURAL + COLETA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.01.26	ANÁLISE CITOLÓGICA - LINFONODOS + COLETA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.27	ANÁLISE CITOLÓGICA - LÍQUIDO ARTICULAR + COLETA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.28	ANÁLISE CITOLÓGICA - LÍQUOR + COLETA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.01.29	ANÁLISE CITOLÓGICA OTOLÓGICA (UNILATERAL) + COLETA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.01.30	ANÁLISE CITOLÓGICA PELE + COLETA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.31	ANÁLISE CITOLÓGICA aspirativa (tumor, Inf)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.32	ANÁLISE CITOLÓGICA DE LÍQUIDOS CAVITÁRIOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.33	ANÁLISE CITOLÓGICA PARA TVT	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.01.34	TRICOGRAMA, AVALIACAO DE HASTES PILOSAS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.01.35	ANALISE CITOLOGICA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.36	ANÁLISE CITOLÓGICA - EFUSÃO PLEURAL + COLETA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.01.37	ANÁLISE CITOLÓGICA - LINFONODOS + COLETA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.38	ANALISE CITOLOGICA - LIQUIDO ARTICULAR + COLETA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.39	ANALISE CITOLOGICA - LIQUOR + COLETA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.01.40	ANALISE CITOLOGICA OTOLOGICA (UNILATERAL) + COLETA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.01.41	ANALISE CITOLOGICA PELE + COLETA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.42	ANÁLISE CITOLÓGICA aspirativa (tumor, llnf) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.43	ANÁLISE CITOLÓGICA DE LÍQUIDOS CAVITÁRIOS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.44	ANÁLISE CITOLÓGICA PARA TVT (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.45	TRICOGRAMA, AVALIACAO DE HASTES PILOSAS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.01.46	ÁCIDOS BILIARES TOTAIS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.01.47	ÁCIDO ÚRICO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.48	ALANINA AMINOTRANSFERASE (TGP)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.49	ALBUMINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.50	AMILASE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.01.51	AMÔNIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.52	ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (TGO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.53	BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES (D + I)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.54	BROMETO DE POTÁSSIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.01.55	CÁLCIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.56	CK TOTAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.01.57	COLETEROL TOTAL E FRAÇÕES	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.01.58	COLINESTERASE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.01.59	CREATININA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.60	CURVA GLICÊMICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		05.01.61	DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.62	DIGOXINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.63	ELEFORESE DE PROTEINA SÉRICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.01.64	FENOBARBITAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 220.00
		05.01.65	FERRITINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 187.00
		05.01.66	FERRO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.01.67	FOSFATASE ALCALINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.01.68	FÓSFORO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.69	FRUTOSAMINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.01.70	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GGT)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.01.71	GLICOSE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.72	GLOBULINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.73	HEMOGLOBINA GLICADA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.01.74	LIPASE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.75	MAGNESIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.76	POTASSIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.77	PROTEINAS TOTAIS (ALBUMINA + GLOBULINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.78	SÓDIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.79	TRIGLICÉRIDES	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.01.80	URÉIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.81	CLORETOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.01.82	ALANINA TRANSAMINASE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.83	DOSAGEM DE CETONAS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.84	PROTEINA TOTAL E FRACOES	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.01.85	LACTATO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.86	RELAÇÃO PROTEINA - CREATININA URINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		05.01.87	ÁCIDOS BILIARES PÓS PRANDIAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.01.88	LIPASE IMUNOEATIVA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.89	ÁCIDO LÁTICO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.01.90	CÁLCIO IÔNICO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		05.01.91	CLORO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.92	CICLOSPORINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.01.93	COLESTEROL HDL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.94	COLESTEROL TOTAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.95	DIFENILHIDANTOINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.01.96	ELETROFORESE DE COLESTEROL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.01.97	LIPÍDEOS TOTAIS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.01.98	PRIMIDRONA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.01.99	ACIDOS BILIARES TOTAIS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.01	ACIDO URICO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.02	ALANINA AMINOTRANSFERASE (TGP) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.02.03	ALBUMINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.04	AMILASE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.05	AMONIA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.06	ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (TGO) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.07	BILIRRUBINAS TOTAIS E FRACOES (D + I) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.08	BROMETO DE POTASSIO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.02.09	CALCIO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.10	CK TOTAL (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.02.11	COLETEROL TOTAL E FRACOES (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.02.12	COLINESTERASE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.13	CREATININA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.14	CURVA GLICEMICA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		05.02.15	DESIDROGENASE LACTICA (LDH) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.02.16	DIGOXINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.02.17	ELEFORESE DE PROTEINA SERICA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.02.18	FENOBARBITAL (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 220.00
		05.02.19	FERRITINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 187.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.02.20	FERRO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.21	FOSFATASE ALCALINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.22	FOSFORO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.23	FRUTOSAMINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.02.24	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GGT) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.25	GLICOSE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.26	GLOBULINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.27	HEMOGLOBINA GLICADA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.02.28	LIPASE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.29	MAGNESIO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.30	POTASSIO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.31	PROTEINAS TOTAIS (ALBUMINA + GLOBULINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.32	SODIO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.33	TRIGLICERIDES (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.34	UREIA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.35	CLORETOS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.02.36	ALANINA TRANSAMINASE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL - R\$)
		05.02.37	DOSAGEM DE CETONAS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.38	PROTEINA TOTAL E FRACOES (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.39	LACTATO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.02.40	RELAÇÃO PROTEINA - CREATININA URINA (I)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		05.02.41	ÁCIDOS BILIARES PÓS PRANDIAL (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.42	LIPASE IMUNOEATIVA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.02.43	ÁCIDO LÁTICO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.02.44	CÁLCIO IÔNICO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		05.02.45	COLORO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.46	CICLOSPORINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.02.47	COLESTEROL HDL (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.02.48	COLESTEROL TOTAL (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.49	DIFENILHIDANTOINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.02.50	ELETROFORESE DE COLESTEROL (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.02.51	LIPÍDEOS TOTAIS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.52	PRIMIDRONA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.02.53	HISTOPATOLÓGICO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.02.54	HISTOPATOLÓGICO ÓSSEO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.02.55	IMUNOHISTOQUÍMICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.02.56	HISTOPATOLÓGICO COM MARGEM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.02.57	COLORACAO DE GRAN	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.02.58	PAINEL GERAL DE IMUNOHISTOQUÍMICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		05.02.59	HISTOPATOLÓGICO PARA PERFIL BIÓPSIA DE CADEIA MAMÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 737.00
		05.02.60	IMUNOHISTOQUIMICA PARA PROGNÓSTICO DE CARCINOMA MAMÁRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,111.00
		05.02.61	HISTOPATOLÓGICO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.02.62	HISTOPATOLÓGICO ÓSSEO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.02.63	IMUNOHISTOQUÍMICA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.02.64	HISTOPATOLÓGICO COM MARGEM (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.02.65	COLORAÇÃO DE GRAN (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.02.66	PAINEL GERAL DE IMUNOHISTOQUÍMICA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 891.00
		05.02.67	CONTAGEM DE PLAQUETA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.68	ERITROGRAMA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.69	HEMATÓCRITO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.70	HEMOGRAMA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.02.71	LEUCÓCITO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.72	LEUCOGRAMA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.73	PESQUISA DE CÉLULAS DE LUPUS ERITEMATOSO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.74	PESQUISA DE CORPÚSCULO DE LENTZ	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.75	PESQUISA DE HEMATOZOARIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.76	PESQUISA DE RETICULÓCITO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.77	VELOCIDADE DE HEMOSSIDENTIFICAÇÃO (VHS)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.78	CONTAGEM DIFERENCIAL DE LEUCÓCITOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.79	MIELOGRAMA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.02.80	PESQUISA DE CORPÚSCULO DE HEINZ	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.81	TIPAGEM SANGUÍNEA (CÃES E GATOS)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 198.00
		05.02.82	CONTAGEM DE PLAQUETA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.83	ERITROGRAMA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.84	HEMATOCRITO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.85	HEMOGRAMA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.02.86	LEUCOCITO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.87	LEUCOGRAMA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.02.88	PESQUISA DE CELULAS DE LUPUS ERITEMATOSO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.89	PESQUISA DE CORPUSCULO DE LENTZ (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.90	PESQUISA DE HEMATOZOARIO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.91	PESQUISA DE RETICULOCITO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.92	VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.93	CONTAGEM DIFERENCIAL DE LEUCÓCITOS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.94	MIELOGRAMA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.02.95	PESQUISA DE CORPÚSCULO DE HEINZ (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.96	TIPAGEM SANGUÍNEA (CÃES E GATOS) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 198.00
		05.02.97	FIBRINOGENIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.02.98	TEMPO DE COAGULAÇÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.02.99	TEMPO DE PROTROMBINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.03.01	TEMPO DE SANGRAMENTO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.03.02	TEMPO DE SANGRAMENTO + TEMPO DE COAGULAÇÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.03.03	TEMPO DE TROMBINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.03.04	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.03.05	HEMOGASOMETRIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL - R\$)
		05.03.06	FIBRINOGENIO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.03.07	TEMPO DE COAGULACAO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.03.08	TEMPO DE PROTROMBINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.03.09	TEMPO DE SANGRAMENTO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.03.10	TEMPO DE SANGRAMENTO + TEMPO DE COAGULAÇÃO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.03.11	TEMPO DE TROMBINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.03.12	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.03.13	HEMOGASOMETRIA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.03.14	ÁCIDO FÓLICO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.15	ACTH ENDÓGENO (HORMONIO ADRENOCORTICOTRÓFICO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 319.00
		05.03.16	ALDOSTERONA BASAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 187.00
		05.03.17	ALDOSTERONA - ESTIMULAÇÃO POR ACTH	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 220.00
		05.03.18	CORTISOL POS ACTH	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		05.03.19	ANTICORPO ANTI TIROXINA (T4)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.20	ANTICORPO ANTI TRIIODOTIRONINA (T3)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.21	AUTOANTICORPO ANTI TIREOGLOBULINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.22	CORTISOL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.03.23	ESTIMULAÇÃO POR ACTH	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 187.00
		05.03.24	IGF-I (SOMATOMEDINA C)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 297.00
		05.03.25	INSULINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.03.26	PARATORMÔNIO (PTH)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 297.00
		05.03.27	PROTEINA RELACIONADA AO PARATORMONIO (PTHrp)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 319.00
		05.03.28	SUPRESSÃO A DEXAMETASONA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.03.29	TESTE DE REPOSIÇÃO HORMONAL (T4 BASAL + T4 PÓS MEDICAMENTO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 319.00
		05.03.30	TIROXINA (T4)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.03.31	TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.32	TRIIODOTIRONINA (T3)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.03.33	TRIPSINOGENÍO (TLI)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.34	TSH	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.35	VITAMINA B12	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.36	CORTISOL - RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		05.03.37	CORTISOL POS DEXAMETASONA - 2 DOSAGENS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.38	CORTISOL POS DEXAMETASONA - 3 DOSAGENS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 176.00
		05.03.39	CORTISOL POS DEXAMETASONA - 2 DOSAGENS - RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.03.40	CORTISOL POS DEXAMETASONA - 3 DOSAGENS - RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 198.00
		05.03.41	CORTISOL POS ACTH - RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.42	HORMONIO DO CRESCIMENTO (GH)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 176.00
		05.03.43	PSA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.03.44	TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) - RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.03.45	TIROXINA (T4) LIVRE POR DIALISE - RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 220.00
		05.03.46	TIROXINA (T4) - RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.03.47	TIROXINA (T4) POS LEVOTIROXINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.03.48	TIROXINA (T4) POS LEVOTIROXINAV- RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.03.49	TRIIODOTIRONINA (T3) - RIE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.03.50	VITAMINA D	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 209.00
		05.03.51	ACIDO FOLICO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.52	ACTH ENDOGENO (HORMONIO ADRENOCORTICOTROFICO) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 319.00
		05.03.53	ALDOSTERONA BASAL (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 187.00
		05.03.54	ALDOSTERONA - ESTIMULACAO POR ACTH (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 220.00
		05.03.55	CORTISOL POS ACTH (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		05.03.56	ANTICORPO ANTI TIROXINA (T4) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.03.57	ANTICORPO ANTI TRIIODOTIRONINA (T3) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.58	AUTOANTICORPO ANTI TIREOGLOBULINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.59	CORTISOL (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		05.03.60	ESTIMULACAO POR ACTH (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 187.00
		05.03.61	IGF-I (SOMATOMEDINA C) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 297.00
		05.03.62	INSULINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.03.63	PARATORMONIO (PTH) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 297.00
		05.03.64	PROTEINA RELACIONADA AO PARATORMONIO (PTHrp) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 319.00
		05.03.65	SUPRESSAO A DEXAMETASONA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.03.66	TESTE DE REPOSICAO HORMONAL (T4 BASAL + T4 POS MEDICAMENTO) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 319.00
		05.03.67	TIROXINA (T4) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.03.68	TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.69	TRIIODOTIRONINA (T3) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.03.70	TRIPSINOGENIO (TLI) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.71	TSH (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.72	VITAMINA B12 (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.73	CORTISOL - RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.03.74	CORTISOL PÓS DEXAMETASONA - 2 DOSAGENS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.75	CORTISOL PÓS DEXAMETASONA - 3 DOSAGENS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 176.00
		05.03.76	CORTISOL PÓS DEXAMETASONA - 2 DOSAGENS - RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.03.77	CORTISOL PÓS DEXAMETASONA - 3 DOSAGENS - RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 187.00
		05.03.78	CORTISOL PÓS ACTH - RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.79	HORMÔNIO DO CRESCIMENTO (GH) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 176.00
		05.03.80	TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) - RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.03.81	TIROXINA (T4) LIVRE POR DIÁLISE - RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 220.00
		05.03.82	TIROXINA (T4) - RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.03.83	TIROXINA (T4) PÓS LEVOTIROXINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.03.84	TIROXINA (T4) PÓS LEVOTIROXINAV- RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.03.85	TRIODOTIRONINA (T3) - RIE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.03.86	ADENOVÍRUS CANINO TIPO 1 (HEPATITE INFECCIOSA CANINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.87	ADENOVÍRUS CANINO TIPO 2	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.88	ANTICORPO ANTINÚCLEO (ANA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.03.89	ARTRITE VIRAL FELINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.90	ASPERGILLUS SP (ASPERGILOSE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.03.91	BABESIA SP (BABESIOSE CANINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.92	BLASTOMYCES SP (BLASTOMICOSE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.93	BRUCELLA CANIS (BRUCELOSE CANINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.94	CALICIVIRUS FELINO (CALICIVIROSE FELINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.95	CHLAMYDIA SP (CLAMIDIOSE FELINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.96	CINOMOSE	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.03.97	CORONAVIRUS CANINO (CORONAVIROSE CANINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.98	CORONAVIRUS ENTERICO FELINO (CORONAVIROSE ENTÉRICA FELINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.03.99	CORONAVIRUS FELINO (PERITONITE INFECCIOSA FELINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.01	CRYPTOCOCCUS SP (CRIOCOCOSE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 176.00
		05.04.02	EHRlichia SP	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.03	ELETROFORESE DE PROTEINA SERICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.04	ELETROFORESE DE PROTEINAS URINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.04.05	FATOR REUMATÓIDE CANINO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.06	GIARDIA (PESQUISA DE ANTÍGENO NAS FEZES)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.04.07	HAEMOBARTONELLA FELIS (MYCOPLASMA HAEMOFELIS)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.04.08	HERPES VIRUS CANINO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.04.09	HERPES VIRUS FELINO (RINOTRAQUEITE VIRAL FELINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.10	HISTOPLASMA SP (HISTOPLASMOSE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.11	IMUNODIFUSÃO RADIAL - IGM E IGG	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.12	INFLUENZA VIRUS CANINO (DOENÇA RESPIRATORIA VIRAL)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.04.13	LEPTOSPIRA INTERROGANS (LEPTOSPIROSE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.04.14	LEUCEMIA VIRAL FELINA - FELV + IMUNODEFICIENCIA VIRAL FELINA - FIV	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 220.00
		05.04.15	NEOSPORA CANINUM (NEOSPOROSE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.15	PARVOVIRUS CANINO (PARVOVIROSE - ANTICORPO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.16	PARVOVIRUS FELINO (PANLEUCOPENIA VIRAL FELINA - ANTICORPO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.17	SOROLOGIA BABESIA CANIS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.04.18	TOXOPLASMA GONDII (TOXOPLASMOSE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.04.19	VIRUS SYNCYTIAL FELINO (FELV)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.20	IMUNODEFICIENCIA VIRAL FELINA - FIV	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.21	EXAME DE PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.22	BABESIA SP (BABESIOSE CANINA) - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.23	CALICIVIRUS FELINO (CALICIVIROSE FELINA) -PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.24	BORDETELLA BRONCHISEPTICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.04.25	CLASMIDIOSE FELINA - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.26	CINOMOSE - IGG	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.04.27	CINOMOSE - IGM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.04.28	CINOMOSE - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.29	CORONAVIRUS FELINO (PERITONITE INFECCIOSA FELINA) - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.30	ERHLICHIA SP - IGG	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.04.31	ERHLICHIA SP - IGM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.04.32	ERHLICHIA SP - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.33	ERISPELA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.04.34	FATOR ANTI NÚCLEO (FAN)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.04.35	GIARDIA - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.36	HAEMOBARTONELLA CANIS - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.37	HAEMOBARTONELLA FELIS - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.38	LEPTOSPIRA INTERROGANS (LEPTOSPIROSE) - CAMPO ESCURO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.39	PARVOVIRUS CANINO - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.40	TOXOPLASMOSE FELINA - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.41	ANAPLASMOSE - PCR	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.04.42	TESTE DE ANEMIA HEMOLÍTICA IMUNOMEDIADA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 11.00
		05.04.43	ANTIESTREPTOLISINA "O" (ASLO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.04.44	CA 125 (MARCADOR TUMORAL DE OVÁRIO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.45	CA 15-3 (MARCADOR TUMORAL E MAMA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.46	CA 19-9 (MARCADOR TUMORAL DE TUMOR COLORRETAL E PÂNCREAS)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.47	CA 72-4 (MARCADOR TUMORAL DE TUMOR GÁSTRICO, MAMAS, PULMÕES E OVÁRIOS)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 198.00
		05.04.48	LYME (BORRELIOSE)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 176.00
		05.04.49	IGE TOTAL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.50	LEPTOSPIROSE (ELISA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 209.00
		05.04.51	PARVOVIROSE AG	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.52	PARVOVIROSE IGM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 209.00
		05.04.53	PROTEINA C REATIVA ULTRA-SENSÍVEL	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		05.04.54	TOXOPLASMOSE IGG	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.04.55	TOXOPLASMOSE IGM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.04.56	VIRUS SYNCYTIAL FELINO (FELV) - PCR	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 297.00
		05.04.57	IMUNODEFICIENCIA VIRAL FELINA (FIV) - PCR	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 297.00
		05.04.58	FIV (PCR) + FELV (PCR)	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 407.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.04.59	LEPTOSPIROSE - PCR	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 297.00
		05.04.60	ERHLICHIA CANIS + ANAPLASMA PLATYS	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 220.00
		05.04.61	ERHLICHIA CANIS + ANAPLASMA PLATYS + ERHLICHIA SP	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 297.00
		05.04.62	ERHLICHIA CANIS + ANAPLASMA PLATYS + ERHLICHIA SP + BABESIA CANIS	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 374.00
		05.04.63	ERHLICHIA SP + ANAPLASMA PLATYS	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 220.00
		05.04.64	ERHLICHIA SP + ERHLICHIA CANIS	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 220.00
		05.04.65	MICOPLASMO FELINO	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 253.00
		05.04.66	MICOPLASMO FELINO + FIV + FELV	SIM	SIM	SIM	SIM	NÃO	R\$ 517.00
		05.04.67	BABESIA CANIS IGG (BABESIOSE CANINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.04.68	BABESIA CANIS IGM (BABESIOSE CANINA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.04.69	ADENOVIRUS CANINO TIPO 1 (HEPATITE INFECCIOSA CANINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.70	ADENOVIRUS CANINO TIPO 2 (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.71	ANTICORPO ANTINUCLEO (ANA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.04.72	ARTRITE VIRAL FELINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.73	ASPERGILLUS SP (ASPERGILOSE) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 110.00
		05.04.74	BABESIA SP (BABESIOSE CANINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.75	BLASTOMYCES SP (BLASTOMICOSE) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.04.76	BRUCELLA CANIS (BRUCELOSE CANINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.77	CALICIVIRUS FELINO (CALICIVIROSE FELINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.78	CHLAMYDIA SP (CLAMIDIOSE FELINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.79	CINOMOSE (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.04.80	CORONAVIRUS CANINO (CORONAVIROSE CANINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.81	CORONAVIRUS ENTERICO FELINO (CORO ENTERICA FELINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.82	CORONAVIRUS FELINO (PERITONITE INFECCIOSA FELINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.83	CRYPTOCOCCUS SP (CRIPTOCOCOSE) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 176.00
		05.04.84	EHRlichia SP (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.85	ELETROFORESE DE PROTEINA SERICA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.86	ELETROFORESE DE PROTEINAS URINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.04.87	FATOR REUMATOIDE CANINO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.04.88	GIARDIA (PESQUISA DE ANTIGENO NAS FEZES) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.04.89	HAEMOBARTONELLA FELIS (MYCOPLASMA HAEMOFELIS) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.04.90	HERPES VIRUS CANINO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.91	HERPES VIRUS FELINO (RINOTRAQUEITE VIRAL FELINA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.92	HISTOPLASMA SP (HISTOPLASMOSE) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.04.93	IMUNODIFUSÃO RADIAL - IGM E IGG (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.94	INFLUENZA VIRUS CANINO (DOENÇA RESPIRATORIA VIRAL) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.04.95	LEPTOSPIRA INTERROGANS (LEPTOSPIROSE) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.04.96	LEUCEMIA VIRAL FELINA - FELV + IMUNODEFICIENCIA VIRAL FELINA - FIV (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 220.00
		05.04.97	NEOSPORA CANINUM (NEOSPOROSE) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.98	PARVOVIRUS CANINO (PARVOVIROSE - ANTICORPO)(i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.04.99	PARVOVIRUS FELINO (PANLEUCOPENIA VIRAL FELINA - ANTICORPO) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.01	SOROLOGIA BABESIA CANIS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.05.02	TOXOPLASMA GONDII (TOXOPLASMOSE) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.05.02	VIRUS SYNCYTIAL FELINO (FELV) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.03	IMUNODEFICIENCIA VIRAL FELINA - FIV	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.04	EXAME DE PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.05	BABESIA SP (BABESIOSE CANINA) - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.06	CALICIVIRUS FELINO (CALICIVIROSE FELINA) - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.07	BORDETELLA BRONCHISEPTICA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.08	CLASMIDIOSE FELINA - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.09	CINOMOSE - IGG (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.05.10	CINOMOSE - IGM (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.05.11	CINOMOSE - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.12	CORONAVIRUS FELINO (PERITONITE INFECCIOSA FELINA) - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.13	EHRlichia SP - IGG (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.05.14	EHRlichia SP - IGM (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 165.00
		05.05.15	EHRlichia SP - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.16	ERISPELA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.05.17	FATOR ANTI NÚCLEO (FAN) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 88.00
		05.05.18	GIARDIA - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.19	HAEMOBARTONELLA CANIS - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.20	HAEMOBARTONELLA FELIS - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.21	LEPTOSPIRA INTERROGANS (LEPTOSPIROSE) - CAMPO ESCURO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.22	PARVOVIRUS CANINO - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.23	TOXOPLASMOSE FELINA - PCR (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.24	ANTIBIOGRAMA (TESTE SENSIBILIDADE PARA ANTIBIÓTICOS E QUIMIOTERÁPICOS)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.25	CULTURA DE BACTÉRIAS AERÓBICAS (SEM ANTIBIOGRAMA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.26	CULTURA DE BACTERIAS ANAERÓBICAS (SEM ANTIBIOGRAMA)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.05.27	CULTURA PARA FUNGOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.05.28	EXAME MICOLÓGICO DIRETO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.29	HEMOCULTURA (BACTERIA + FUNGOS)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.30	HEMOCULTURA PARA BRUCELOSE CANINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.31	PESQUISA DE MALASSEZIA PACHYDERMATIS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.32	PESQUISA DE MALASSEZIA SP	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.33	PESQUISA DE MICOBACTERIUM SP (ZIEHL-NIELSEN)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.34	COLORACAO DE GRAM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.35	CULTURA + ANTIBIOGRAMA - ANAER	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.05.36	CULTURA + ANTIBIOGRAMA - AEROBIC	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.05.37	CULTURA E ANTIB - AEROBICAS E ANAEROBIAS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 198.00
		05.05.38	ANTIFUNGIOGRAMA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.39	ANTIBIOGRAMA (TEST SENSIBILID PARA ANTIBIOT E QUIMIOTERAP) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.40	CULTURA DE BACTERIAS AEROBICAS (SEM ANTIBIOGRAMA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.41	CULTURA DE BACTERIAS ANAEROBICAS (SEM ANTIBIOGRAMA) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.42	CULTURA PARA FUNGOS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.05.43	EXAME MICOLOGICO DIRETO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.05.44	HEMOCULTURA (BACTERIA + FUNGOS) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.45	HEMOCULTURA PARA BRUCELOSE CANINA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.46	PESQUISA DE MALASSEZIA PACHYDERMATIS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.47	PESQUISA DE MALASSEZIA SP (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.48	PESQUISA DE MICOBACTERIUM SP (ZIEHL-NIELSEN) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.49	COLORACAO DE GRAM (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.50	CULTURA + ANTIBIOGRAMA - ANAER (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 132.00
		05.05.51	CULTURA + ANTIBIOGRAMA - AEROBIC (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 99.00
		05.05.52	CULTURA E ANTIB - AEROBICAS E ANAEROBIAS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 198.00
		05.05.53	ANTIFUNGIograma (I)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.54	AGUA ETER-HOFFMANN - PESQUISA DE PARASITAS DE OVOS PESADOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.55	COPROLOGICO FUNCIONAL - PARASITOLÓGICO DE FEZES (COMPLETO) + TRIPSINA + GORDURA FECAL + AMIDO + FIBRAS MUSCULARES	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.56	PARASITOLÓGICO DE FEZES (COMPLETO)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.57	PESQUISA DE CHLAMYDIA SP - FELINO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.58	PESQUISA DE CRYPTOSPORIDIUM	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.59	PESQUISA DE ECTOPARASITAS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.60	PESQUISA DE ECTOPARASITAS EM SECREÇÃO OTOLÓGICA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.05.61	PESQUISA DE MICROFILÁRIAS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.62	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.63	PESQUISA DE TRYPANOSOMA SP	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.64	PESQUISA DE PARASITAS PELO MÉTODO DE WILLIS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.65	PESQUISA DE PARASITAS PELO MÉTODO DIRETO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.05.66	TRIPSINA + GORDURA FECAL + AMIDO + FIBRAS MUSCULARES	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.05.67	CULTURA DE FEZES	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.68	AGUA ETER-HOFFMANN - PESQUISA DE PARASITAS DE OVOS PESADOS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.05.69	COPROLOGICO FUNCIONAL - PARASITOLÓG DE FEZES (COMP) + TRIPSINA + GORDURA FECAL + AMIDO + FIBRAS MUSCULARES (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 154.00
		05.05.70	PARASITOLÓGICO DE FEZES (COMPLETO) (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.71	PESQUISA DE CHLAMYDIA SP - FELINO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.72	PESQUISA DE CRYPTOSPORIDIUM (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.73	PESQUISA DE ECTOPARASITAS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.74	PESQUISA DE ECTOPARASITAS EM SECRECAO OTOLOGICA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.75	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.76	PESQUISA DE TRYPANOSOMA SP (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.05.77	PESQUISA DE PARASITAS PELO METODO DE WILLIS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.05.78	PESQUISA DE PARASITAS PELO METODO DIRETO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 22.00
		05.05.79	TRIPSINA + GORDURA FECAL + AMIDO + FIBRAS MUSCULARES (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 121.00
		05.05.80	CULTURA DE FEZES (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.05.81	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA ARSÊNICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.82	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA CÁDMIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.83	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA CHUMBO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.84	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA COBRE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.85	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA DICUMARÍNICOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.86	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA ESTRICNINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.87	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA FLUORACETATO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.88	ANÁLISE TOXICOLÓGICA PARA INSETICIDAS (CARBAMATOS, ORGANOFOSFORADOS, ORGANOCLORADOS)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.89	ANÁLISE TOXICOLOGICA PARA METAIS PESADOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.90	ANÁLISE TOXICOLOGICA PARA PIRETRÓIDES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.91	ANÁLISE TOXICOLOGICA PARA ZINCO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.92	ANALISE TOXICOLOGICA PARA ARSENICO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.93	ANALISE TOXICOLOGICA PARA CADMIO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.94	ANALISE TOXICOLOGICA PARA CHUMBO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.05.95	ANALISE TOXICOLOGICA PARA COBRE (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.96	ANALISE TOXICOLOGICA PARA DICUMARINICOS (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.97	ANALISE TOXICOLOGICA PARA ESTRICNINA (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.98	ANALISE TOXICOLOGICA PARA FLUORACETATO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.05.99	ANALISE TOXICOLOGICA PARA INSETICIDAS (CARBAMA, ORGANOFOSFO, ORGANOC) (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.06.01	ANALISE TOXICOLOGICA PARA METAIS PESADOS (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.06.02	ANALISE TOXICOLOGICA PARA PIRETROIDES (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.06.03	ANALISE TOXICOLOGICA PARA ZINCO (i)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		05.06.04	BIOQUÍMICA URINARIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.06.05	DENSIDADE URINARIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.06.06	GLICOSURIA + PROTEINURIA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.06.07	QUALIFICAÇÃO DE CÁLCULOS	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.06.08	SEDIMENTO URINÁRIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		05.06.09	URINA I	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.06.10	IDENTIFICACAO DE CALCULO URINARIO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.06.11	CLEARANCE DE CREATININA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.06.12	CULTURA DE URINA	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.06.13	BIOQUIMICA URINARIA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.06.14	DENSIDADE URINARIA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.06.15	GLICOSURIA + PROTEINURIA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 33.00
		05.06.16	QUALIFICACAO DE CALCULOS (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.06.17	SEDIMENTO URINARIO (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 55.00
		05.06.18	URINA I (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 66.00
		05.06.19	IDENTIFICACAO DE CALCULO URINARIO (I)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 77.00
		05.06.20	CLEARANCE DE CREATININA (i)	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	NÃO	R\$ 44.00
		05.06.21	SOLUÇÃO DE USO PADRÃO (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO.) 500 ML	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 33.00
		05.06.22	SOLUÇÃO DE USO PADRÃO (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO.) 1000 ML	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 33.00
		05.06.23	SOLUÇÃO DE GLICOSE HIPERTONICA OU DE MANITOL 250 ML	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 33.00
		05.06.24	TRANSFUSÃO SANGUINEA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 968.00
		05.06.25	TRANSFUSÃO DE FATORES SANGUÍNEOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		05.06.26	SOLUÇÃO COLOIDAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 88.00
		05.06.27	TESTE DE COMPATIBILIDADE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 154.00
		05.06.28	TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 33.00
		05.06.29	TESTE DE FLUORESCÉINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 33.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		05.06.30	CONCENTRADO DE HEMACIAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		05.06.31	CONCENTRADO DE PLAQUETAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 253.00
		05.06.32	TESTE ROSA BENGALA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 33.00
		05.06.33	SONDA URETRAL CANINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 11.00
		05.06.34	SONDA URETRAL FELINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 22.00
		05.06.35	PLASMA FRESCO CONGELADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
6	CIRURGIA	06.01.01	EXCISÃO DA PORÇÃO VERTICAL DO CONDUTO AUDITIVO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.02	OTO-HEMATOMA UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 154.00
		06.01.03	ABLAÇÃO PAVILHÃO AURICULAR-UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 715.00
		06.01.04	RESSECÇÃO TOTAL CANAL VERTICAL EM T	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.05	ABLAÇÃO TOTAL DO CANAL AUDITIVO COM OSTEOTOMIA LATERAL DA BULA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.01.06	ABLACAO DO CONDUTO AUDITIVO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 517.00
		06.01.07	OSTEOTOMIA DA BULA TIMPÂNICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		06.01.08	RINOTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		06.01.09	EXCISÃO DE POLIPO OTOLOGICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 209.00
		06.01.10	ABERTURA OTO-HEMATOMA (DRENO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 198.00
		06.01.11	LAVAGEM OTOLOGICA (BILATERAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 154.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL – R\$)
		06.01.12	CIRURGIA DE ABERTURA DO CONDUTO AUDITIVO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		06.01.13	OTO-HEMATOMA BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00
		06.01.14	CATARATA – FACECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,410.00
		06.01.15	CERATECTOMIA SUPERFICIAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.16	CICLODIATERMIA (GLAUCOMA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,376.00
		06.01.17	LUXAÇÃO DO CRISTALINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,519.00
		06.01.18	EVERSÃO DA CARTILAGEM DA TERCEIRA PÁLPEBRA BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.19	ENTRÓPIO/ECTRÓPIO UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 748.00
		06.01.20	ENTRÓPIO/ECTRÓPIO BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.21	ENUCLEAÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,485.00
		06.01.22	REDUÇÃO PROTUSÃO GLOBO OCULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.01.23	DERMÓIDE (CERATECTOMIA SUP. + RECOBRIMENTO COM A 3ª PÁLPEBRA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00
		06.01.24	VIAS LACRIMAIS – FLUSHING	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 253.00
		06.01.25	EXCISÃO DE NEOPLASIA PALPEBRAL COM RECONSTRUÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.26	CALÁZIO – CURETAGEM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 517.00
		06.01.27	CÍLIO ECTÓPICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.28	PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – REPOSICIONAMENTO BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		06.01.29	DISTIQUIÁSE (EPILAÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		06.01.30	TRANSPOSIÇÃO CORNEO-ESCLERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,936.00
		06.01.31	TARSORRAFIA BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.32	LACERAÇÃO CORNEAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,936.00
		06.01.33	LACERAÇÃO MARGEM PALPEBRAL – SUTURA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00
		06.01.34	FLAP DE TERCEIRA PÁLPEBRA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.35	EVERSÃO DA CARTILAGEM DA TERCEIRA PÁLPEBRA UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.36	PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – REPOSICIONAMENTO UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.37	TARSORRAFIA BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.38	RECOBRIMENTO PEDICULADO COM CONJUNTIVA BULBAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,936.00
		06.01.39	RECOBRIMENTO 360 GRAUS COM CONJUNTIVA BULBAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.40	BLEFAROPLASTIA PARA ECTROPIO BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.41	TARSORRAFIA UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.42	EXCISAO DA GLANDULA DA TERCEIRA PALPEBRA (NEOPLASIA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		06.01.43	EXCISAO DE NEOPLASIA INTRAOCULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,727.00
		06.01.44	BLEFAROPLASTIA PARA COLOBOMA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,936.00
		06.01.45	BLEFAROPLASTIA PARA ECTROPIO UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		06.01.46	BLEFAROPLASTIA PARA ENTROPIO UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.47	BLEFAROPLASTIA NEOPALPEBRAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.48	BLEFAROPLASTIA PARA TRIQUIASE UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.49	RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL PEDICULADO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,936.00
		06.01.50	BLEFAROPLASTIA PARA ENTROPIO BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.51	RESSECCAO CONJUNTIVAL (NEOPLASIA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 649.00
		06.01.52	EXCISÃO DE NEOPLASIA PALPEBRAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.53	REDUÇÃO DE EXOFTALMIA + TARSORRAFIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 737.00
		06.01.54	BLEFAROPLASTIA PARA TRIQUIASE BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.55	ENTERECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,408.00
		06.01.56	ENTEROTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00
		06.01.57	ESOFAGOMIOTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00
		06.01.58	ESOFAGOTOMIA CERVICAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,222.00
		06.01.59	ESOFAGOTOMIA TORÁCICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,970.00
		06.01.60	FARINGOSTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,970.00
		06.01.61	GASTRECTOMIA PARCIAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,936.00
		06.01.62	GASTROTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		06.01.63	GLÂNDULAS SALIVARES (DESOBSTRUÇÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 374.00
		06.01.64	GLÂNDULAS SALIVARES (ABLAÇÃO UNILATERAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,111.00
		06.01.65	GLÂNDULAS SALIVARES (ABLAÇÃO BILATERAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,485.00
		06.01.66	PILOROPLASTIA – PILOROMIOTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,111.00
		06.01.67	PROLAPSO DE RETO – REDUÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 473.00
		06.01.68	PROLAPSO DE RETO – AMPUTAÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 814.00
		06.01.69	TORÇÃO/DILATAÇÃO GÁSTRICA - REDUÇÃO E GASTROPEXIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.01.70	TORÇÃO/DILATAÇÃO GÁSTRICA - REDUÇÃO, GASTECT. PARCIAL E ESPLENECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,331.00
		06.01.71	DILATAÇÃO GÁSTRICA – TRATAMENTO CONSERVADOR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 220.00
		06.01.72	ESPLENECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.01.73	COLECISTECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.01.74	AMPUTAÇÃO RETAL COM RETOPEXIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 748.00
		06.01.75	COLONOPEXIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 748.00
		06.01.76	GASTROTOMIA PERCUTÂNEA FELINOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.01.77	COLECISTODUODENOSTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,419.00
		06.01.78	ENDOSCOPIA PARA RETIRADA DE CORPO ESTRANHO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 506.00
		06.01.79	LOBECTOMIA HEPÁTICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,155.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL - R\$)
		06.01.80	ESOFAGECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,397.00
		06.01.81	ESOFAGOPLASTIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 605.00
		06.01.82	LARINGOTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 407.00
		06.01.83	CRICOARITENOIDEPEXIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,562.00
		06.01.84	CIRURGIA DE SHUNT	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 814.00
		06.01.85	MARSUPIAÇÃO DE RANULAS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 374.00
		06.01.86	FENDA PALATINA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.01.87	OSTEOSSINTESE DE SINFISE MANDIBULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		06.01.88	OSTEOSSINTESE: RAMO OU CORPO MANDIBULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.01.89	LATERIZAÇÃO DE ARITENÓIDE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,331.00
		06.01.90	ARITENOIDECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 572.00
		06.01.91	ARITENOIDEPEXIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 572.00
		06.01.92	RESSECCAO DE PALATO MOLE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,309.00
		06.01.94	TREPANACAO DE SEIOS NASAIS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,232.00
		06.01.95	MANDIBULECTOMIA PARCIAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,155.00
		06.01.96	MANDIBULECTOMIA TOTAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,309.00
		06.01.97	MARSUPIALIZACAO DA GLANDULA SALIVAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 737.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL – R\$)
		06.01.98	REDUCAO FRATURA MANDIBULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 660.00
		06.01.99	MAXILECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,309.00
		06.02.01	AMPUTAÇÃO DE FALANGE DISTAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00
		06.02.02	AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ANTERIOR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 836.00
		06.02.03	AMPUTAÇÃO DO MEMBRO POSTERIOR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 836.00
		06.02.04	COLOCEFALECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 715.00
		06.02.05	LIGAMENTO CRUZADO - TTA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,707.00
		06.02.06	LIGAMENTO CRUZADO - TPLO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,707.00
		06.02.07	LIGAMENTO CRUZADO - EXTRACAPSULAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00
		06.02.08	LUXAÇÃO DE PATELA GRAU II	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.02.09	LUXAÇÃO DE PATELA GRAU III E IV	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.02.10	OSTEOCONDRITE DISSECANTE (CABEÇA DO UMERO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 660.00
		06.02.11	OSTEOSSINTESE – FÊMUR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00
		06.02.12	OSTEOSSINTESE – TÍBIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00
		06.02.13	OSTEOSSINTESE – UMERO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00
		06.02.14	OSTEOSSINTESE – RADIO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00
		06.02.15	OSTEOSSINTESE – ULNA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL – R\$)
		06.02.16	OSTEOSSINTESE – CALCÂNEO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,331.00
		06.02.17	OSTEOSSINTESE – PELVE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,046.00
		06.02.18	PROCESSO ANCÔNEO (NÃO UNIÃO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,045.00
		06.02.19	ARTRODESE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 814.00
		06.02.20	OSTEOSSÍNTESE METARCARPO/METATARSO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,188.00
		06.02.21	DENERVAÇÃO ACETABULAR UNILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.02.22	DENERVAÇÃO ACETABULAR BILATERAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.02.23	OSTEOSINTESE DE FRATURAS ARTICULARES	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,639.00
		06.02.24	ARTROTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 572.00
		06.02.25	OSTEOSSINTESE COMPLEXA (MAIS DE UM LOCAL)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,331.00
		06.02.26	OSTEOTEMIA CORRETIVA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,705.00
		06.02.27	OSTEOTOMIA DUPLA PÉLVICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,705.00
		06.02.28	OSTEOTOMIA NIVELADO DO PLATÔ DA TÍBIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,705.00
		06.02.29	OSTEOTOMIA PROXIMAL ULNAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,265.00
		06.02.30	IMPLANTAÇÃO DE PROTESE DE QUADRIL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,782.00
		06.02.31	AVANÇO DA TUBEROSIDADE DA TÍBIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,485.00
		06.02.32	RETIRADA DE PLACA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		06.02.33	DISPLASIA DE COTOVELO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,519.00
		06.02.34	FENESTRAÇÃO DE DISCO INTERVERTEBRAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,519.00
		06.02.35	HEMILAMINECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,519.00
		06.02.36	HEMILAMINECTOMIA E FENESTRAÇÃO DE DISCO INTERVERTEBRAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,113.00
		06.02.37	HEMILAMINECTOMIA E IMOBILIZAÇÃO INTERNA (PROC. ESPIN)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,113.00
		06.02.38	LAMINECTOMIA DORSAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,113.00
		06.02.39	SUBLUXACAO E ESTABILIZACAO ATLANTO-AXIAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,519.00
		06.02.40	LAMINECTOMIA CERVICAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,124.00
		06.02.41	LAMINECTOMIA TORACOLOMBAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 3,124.00
		06.02.42	OSTEOSSINTESE DE COLUNA 11- 30 KG	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,475.00
		06.02.43	DESCOMPRESSAO VERTEBRA VENTRAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,222.00
		06.02.44	CAUDECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 660.00
		06.02.45	AMPUT. TOTAL DO PÊNIS COM ORQUIECTOMIA E URETROSTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		06.02.46	CISTOTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 517.00
		06.02.47	FIMOSE OU PARAFIMOSE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 176.00
		06.02.48	NEFRECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.02.49	MASTECTOMIA TOTAL (FELINO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 748.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					VALOR REFERENCIAL
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	REEMBOLSO (REAL – R\$)
		06.02.50	MASTECTOMIA TOTAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (FELINO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 814.00
		06.02.51	MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL (CANINO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 748.00
		06.02.52	MASTECTOMIA TOTAL UNILATERAL E OVÁRIO-HISTERECTOMIA (CANINO)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,320.00
		06.02.53	ORQUIECTOMIA – CANINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		06.02.54	ORQUIECTOMIA – FELINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		06.02.55	OVÁRIO-HISTERECTOMIA – CANINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.02.56	OVÁRIO-HISTERECTOMIA – FELINO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 517.00
		06.02.57	PIOMETRA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,265.00
		06.02.58	PROLAPSO DE ÚTERO - OVÁRIO-HISTERECTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 748.00
		06.02.59	MARSUPIALIZACAO DA PROSTATA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,309.00
		06.02.60	CISTORRAFIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		06.02.61	POLIPO VAGINAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 374.00
		06.02.62	CRIPTORQUIDISMO ABDOMINAL/ECTOPICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.02.63	CRIPTORQUIDISMO SUBCUTÂNEO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		06.02.64	PROLAPSO DE URETRA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 385.00
		06.02.65	HÉRNIA DIAFRAGMATICA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,079.00
		06.02.66	HÉRNIA INGUINAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 407.00

TABELA DE PROCEDIMENTOS E REEMBOLSO

NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

VALOR REFERENCIAL

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL – R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		06.02.67	HÉRNIA PERINEAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.02.68	HÉRNIA UMBILICAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		06.02.69	HERNIA UMBILICAL-PERSISTENCIA DE URACO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 682.00
		06.02.70	LOBECTOMIA PULMONAR	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,936.00
		06.02.71	PERSISTÊNCIA DO ARCO AORTICO DIREITO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,970.00
		06.02.72	PERSISTÊNCIA DO DUCTO ARTERIOSO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,970.00
		06.02.73	TRAQUEOSTOMIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 748.00
		06.02.74	TORACOCENTESE/PERICARDIOCENTESE	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		06.02.75	TORACOPLASTIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,133.00
		06.02.76	TORACOTOMIA EXPLORATÓRIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,111.00
		06.02.77	EVENTRAÇÃO – EVISCERAÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,639.00
		06.02.78	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 1,694.00
		06.02.79	EVENTRAÇÃO – EVISCERAÇÃO (n)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,453.00
		06.02.80	LAPAROTOMIA EXPLORATORIA (n)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 2,541.00
		06.02.81	ASA (I - II)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 363.00
		06.02.82	ASA (III)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		06.02.83	ASA (IV - V)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 814.00

CÓD.	COBERTURAS	CÓDIGO	PROCEDIMENTOS	NECESSÁRIA AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?					REEMBOLSO (REAL - R\$)
				EMERGENCIAL	BÁSICO	PLUS	TOTAL	TOP	
		06.02.84	TRANQUILIZAÇÃO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 154.00
		06.02.85	BLOQUEIOS REGIONAIS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 264.00
		06.02.86	BOTÃO ANESTÉSICO (BIÓPSIA)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 77.00
		06.02.87	ANESTESIA LOCAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 121.00
7	OUTRAS CIRURGIAS - Grau de Complexidade (Precisa averiguar a preexistência)	07.01.01	SACOS ANAIS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 445.50
		07.01.02	SUTURA DE FERIMENTOS CUTÂNEOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 148.50
		07.01.03	TUMORES SUPERFICIAIS - ECTODERME E DERME (GRAU DE COMPLEXIDADE)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 148.50
		07.01.04	TUMORES INVASIVOS (GRAU DE COMPLEXIDADE)	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 222.75
		07.01.05	ABLAÇÃO DE GL. AD ANAL	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 742.50
		07.01.06	PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA COLOCAÇÃO DE DRENO TORACICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		07.01.07	CRIOCIRURGIA	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 222.75
8	INTERNAÇÃO	08.01.01	CLÍNICA - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		08.01.02	CENTRO CIRÚRGICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 440.00
		08.01.03	CENTRO CIRÚRGICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 297.00
		08.01.04	CENTRO CIRÚRGICO	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 594.00
		08.01.05	PÓS CIRÚRGICO - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 891.00
		08.01.06	SEMI-INTENSIVA - COM MEDICAMENTOS e PROCEDIMENTOS	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	R\$ 539.00

