CARTÃO Amigão

Tabela de Coberturas

Plano Cãompleto

Cuidado total para seu pet com o plano mais completo: consultas, exames, vacinas, cirurgias e castração.

Carência Reduzida.

CONFIRA

CARTÃO Amigão

Coberturas - Plano Pet+

ANESTESIAS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
ASA (I - II) *	-	-	-
ASA (III) **	-	-	-
ASA (IV - V) ***	-	-	-
ANESTESIA LOCAL	-	-	-
ANESTESIA EPIDURAL	-	-	-
BLOQUEIOS REGIONAIS	-	-	-
TRANQUILIZACAO/SEDACAO	-	-	-

* Procedimento que complementa apenas procedimentos cobertos

CONSULTAS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
CONSULTA GENERALISTA (Dentro e fora do horário comercial)	-	20	-
CONSULTA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA	-	20	-

* Consulta Generalista: 1 Retorno em até 30 dias (Incluso Medicamentos e Procedimentos Diversos)
* Consulta Urgência/Emergência: 1 Retorno em até 30 dias (NÃO incluso Medicamentos e Procedimentos Diversos)

CONSULTAS ESPECIALISTAS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
CONSULTA DERMATOLOGIA	65	30	6
CONSULTA ONCOLOGIA	65	30	6
CONSULTA ORTOPEDIA	65	30	6
CONSULTA CARDIOLOGIA	65	30	6
CONSULTA OFTALMOLOGIA	65	30	6
CONSULTA GASTROENTEREOLOGIA	65	30	6
CONSULTA NEFROLOGIA	65	30	6

* Consulta Especialista: Apenas com encaminhamento do Clínico Generalista (1 Retorno em até 30 dias)

CENTRO CIRÚRGICO	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
CENTRO CIRURGICO P	-	-	-
CENTRO CIRURGICO M	-	-	-
CENTRO CIRURGICO G	-	-	-

* Procedimento que complementa apenas procedimentos cirúrgicos cobertos

PARASITOLÓGICO	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
EXAME COPROPARASITOLÓGICO SIMPLES	-	30	2

TABELA DE COBERTURA: *tabela disponibilizada ao CONTRATANTE do plano, que informa os procedimentos de cada modalidade de plano e respectivas carências, periodicidades e limites de utilização. Os procedimentos não indicados na tabela não serão cobertos pelo Cartão Amigão .*
CARÊNCIA: *é o prazo ininterrupto em dias, contado a partir da ativação do contrato, que o beneficiário deve aguardar para poder utilizar um procedimento pela 1ª vez.*
PERIODICIDADE: *é o prazo em dias que se deve aguardar entre a utilização de um procedimento e outro do mesmo tipo.*
LIMITES DE UTILIZAÇÃO: *é a quantidade ANUAL de realizações de um procedimento disponível no plano contratado. Esses limites variam conforme o plano.*

CARTÃO Amigão

Coberturas - Plano Pet+

CIRURGIAS TRAUMATOLÓGICAS E ORTOPÉDICAS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
REMOÇÃO DO DEDO DE LOBO EM ADULTOS (centro cirurgico P)	240	365	1
ARTRODESE R-CÁRPICA (centro cirurgico M)	240	365	1
ARTRODESE TÍBIO TÁRSICA (centro cirurgico P)	240	365	1
LUXAÇÃO DE COTOVELO AGUDA (BANDAGEM) (Procedimento ambulatorial)	240	365	1
LUXAÇÃO DE COTOVELO CRÔNICA (IC) (centro cirurgico P)	240	365	1
TROCLEOPASTIA + TRANSPOSIÇÃO DA CRISTA DA TÍBIA (LMP) (centro cirurgico G)	240	365	1
FRAGMENTAÇÃO DO PROCESSO CORONÓIDE MEDIAL CORONOIDECTOMIA (centro cirurgico G)	240	365	1
PROCESSO ANCÔNEO (NÃO UNIÃO) (centro cirurgico M)	240	365	1

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

CIRURGIAS APARELHO DIGESTORIO	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
COLECISTECTOMIA (centro cirúrgico G)	240	365	1
COLONOPEXIA (centro cirúrgico G)	240	365	1
ESOFAGOTOMIA CERVICAL (centro cirúrgico G)	240	365	1
ESOFAGOTOMIA TORÁCICA (centro cirúrgico G)	240	365	1
ESOFAGOTOMIA (SONDA ESOFÁGICA) (centro cirúrgico P)	240	365	1
ESOFAGOTOMIA PARCIAL (centro cirúrgico P)	240	365	1
ESPLENECTOMIA (centro cirúrgico M)	240	365	1
GASTRECTOMIA PARCIAL (centro cirúrgico P)	240	365	1
GASTROSTOMIA (centro cirúrgico P)	240	365	1
PROLAPSO DE RETO – REDUÇÃO (centro cirúrgico P)	240	365	1
BILLROTH I (centro cirúrgico P)	240	365	1
BILLROTH II (centro cirúrgico M)	240	365	1
PILOROPLASTIA/PILOROMIOTOMIA (centro cirúrgico G)	240	365	1
RESSECÇÃO CÓLICA (centro cirúrgico G)	240	365	1
ATRESIA ANAL (centro cirúrgico M)	240	365	1
" DILATAÇÃO GÁSTRICA - TRATAMENTO CONSERVADOR	240	365	1

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

CIRURGIA GERAL DO ABDOME	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
EVENTRAÇÃO – EVISCERAÇÃO (centro cirurgico P)	240	365	1

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

CARTÃO Amigão

Coberturas - Plano Pet+

CIRÚRGICOS DEMAIS PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
LIMPEZA DE TÁRTARO	180	365	1
AMPUTAÇÃO DE UNHA (procedimento ambulatorial)	35	-	2
BIÓPSIA DE LINFONODO PERCUTÂNEA (procedimento ambulatorial)	90	30	2
LAVAGEM OTOLOGICA (BILATERAL) (procedimento ambulatorial)	35	30	2
LINFADENECTOMIA (centro cirurgico M)	240	365	1

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

CIRURGIAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO E CARDIOVASCULAR	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
TRAQUEOSTOMIA (centro cirurgico P)	240	365	1
TREPANAÇÃO E SEIOS NASAIS (centro cirurgico P)	240	365	1
RESSECÇÃO E ANASTOMODE TRAQUEAL (centro cirurgico G)	240	365	1
TRAQUEORRAFIA (centro cirurgico P)	240	365	1

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

CIRURGIAS DO APARELHO URO-GENITAL	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
AMPUT. TOTAL DO PÊNIS (CANINO) (centro cirurgico P)	240	365	1
CISTOTOMIA (centro cirurgico P)	240	365	1
FIMOSE OU PARAFIMOSE (centro cirurgico P)	240	365	1
MASTECTOMIA TOTAL (CANINO) (centro cirurgico P)	370	365	1
MASTECTOMIA TOTAL (FELINO) (centro cirurgico P)	370	365	1
MASTECTOMIA UNILATERAL (CANINO) (centro cirurgico P)	370	365	1
MASTECTOMIA UNILATERAL (FELINO) (centro cirurgico P)	370	365	1
POLIPO VAGINAL (centro cirurgico P)	240	365	1
PROLAPSO DE URETRA(centro cirurgico P)	240	365	1
URETROSTOMIA (centro cirurgico P)	240	365	1

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

CIRURGIAS OTOLÓGICAS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
OTO-HEMATOMA UNILATERAL (centro cirurgico P)	240	365	1
RESSECÇÃO LATERAL DE CONDUTO (centro cirurgico P)	240	365	1
ABLACAO DO CONDUTO AUDITIVO TOTAL (centro cirurgico G)	240	365	1
ABLACAO DO CONDUTO AUDITIVO PARCIAL (centro cirurgico M)	240	365	1
EXCISÃO DE POLIPO OTOLOGICO (centro cirurgico P)	240	365	1
ABERTURA OTO-HEMATOMA (DRENO) (centro cirurgico P)	240	365	1
OTO-HEMATOMA BILATERAL (centro cirurgico P)	240	365	1

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

CARTÃO Amigão

Coberturas - Plano Pet+

SISTEMA TEGUMENTAR	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
BIÓPSIA DE PELE (COM BOTÃO ANESTÉSICO) (procedimento ambulatorial)	120	365	1
EXC DE NEOP.CUTÂNEAS BENIGNAS ATE 3 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS) (centro cirurgico P)	240	365	1
EXC DE NEOP. CUTÂNEAS BENIGNAS DE 6 A 10 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS) (centro cirurgico P)	240	365	1
EXC DE NEOP. CUTÂNEAS BENIGNAS DE 3CM ATÉ 6 CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS) (centro cirurgico P)	240	365	1
EXC DE NEOP. CUTÂNEAS BENIGNAS ACIMA DE 10CM (LIPOMAS, ADENOMAS, CISTOS) (centro cirurgico P)	240	365	1
EXC DE NEOP. CUTÂNEAS/SUBCUTÂNEAS MALIGNAS DE 6CM ATÉ 10CM (centro cirurgico P)	240	365	1
EXC DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS/SUBCUTÂNEAS MALIGNAS DE 3CM A 6CM - (centro cirurgico M)	240	365	1
EXC DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS/SUBCUTÂNEAS MALIGNAS ACIMA DE 10 CM - (centro cirurgico M)	240	365	1
EXCISÃO DE NEOPLASIAS CUTÂNEAS/SUBCUTÂNEAS MALIGNAS ATE 3 CM - (centro cirurgico P)	240	365	1

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

EXAMES CARDIOLÓGICOS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
ELETROCARDIOGRAFIA	35	30	4
MENSURAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL	-	7	6

FLUIDOTERAPIA (INCLUINDO EQUIPAMENTO)	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
FLUIDOTERAPIA (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO) 1000 ML	35	1	8
FLUIDOTERAPIA (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO) 500 ML	35	1	8
FLUIDOTERAPIA (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO) 250 ML	35	1	8
FLUIDOTERAPIA (SOLUÇÃO HIPERTONICA OU DE MANITOL) 250 ML	35	1	8
FLUIDOTERAPIA (SOLUÇÃO COLOIDAL)	35	1	8

* Incluso fluídos e materiais de uso padrão necessários

IMAGEM	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
RADIOGRAFIA SIMPLES (1 PROJEÇÃO)	35	-	8
ULTRASSONOGRAFIA ABDOMINAL	35	7	4
ULTRASSONOGRAFIA SIMPLES (CISTOCENTESE)	-	30	4

*Radiografia: Máximo de duas projeções por membro
Ultrassonografia simples Cistocenteese : procedimento que complementa coleta para exame de URINA I

INTERNAÇÃO DIÁRIA (COM MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS)	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
DIARIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA	150	1	10
INTERNAÇÃO - RECUPERAÇÃO PÓS CIRURGICO (6 HORAS)	-	-	-

* Procedimento que complementa apenas procedimentos cobertos

CARTÃO Amigão

Coberturas - Plano Pet+

BIOQUÍMICA CLÍNICA	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
ALANINA AMINOTRANSFERASE (TGP)	-	15	-
COLESTEROL TOTAL	-	15	-
CREATININA	-	15	-
FOSFATASE ALCALINA	-	15	-
GLICOSE (GLICEMIA)	-	15	-
TRIGLICÉRIDES	-	15	-
URÉIA	-	15	-
GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE	-	15	-

HEMATOLOGIA	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
HEMOGRAMA COMPLETO	-	15	-

CASTRAÇÃO	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
ORQUIECTOMIA – CANINO (Macho)	180	-	-
ORQUIECTOMIA – FELINO (Macho)	180	-	-
OVÁRIO-HISTERECTOMIA – CANINO (Fêmea)	180	-	-
OVÁRIO-HISTERECTOMIA – FELINO (Fêmea)	180	-	-

* Incluso Centro cirúrgico, Anestesia e Internação pós Cirúrgico

VACINAS - IMUNIZAÇÃO	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
ANTIRRÁBICA	-	365	1 DOSE
MULTIPLA CANINA	-	10	3 DOSES
MULTIPLA FELINA	-	10	3 DOSES
BORDETELLA (TOSSE/GRIPE)	-	365	1 DOSE

* Reforço Anual

URINÁLISE	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
URINA TIPO I	-	15	4

HERNIORRAFIAS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
HÉRNIA INGUINAL (centro cirurgico P)	240	365	1
HÉRNIA PERINEAL (centro cirurgico P)	240	365	1
HÉRNIA UMBULICAL (centro cirurgico P)	240	365	1

CARTÃO Amigão

Coberturas - Plano Pet+

PROCEDIMENTOS DIVERSOS	CARÊNCIA	PERIODICIDADE	LIMITE DE USO
APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRAVENOSA	-	-	-
APLICAÇÃO SUBCUTÂNEA OU MUSCULAR	-	-	-
CURATIVO COMPLEXO (TALA)	-	1	5
CURATIVO SIMPLES (LIMPEZA + GAZE + ESPARADRAPO	-	1	5
INALAÇÃO – 30 MINUTOS (OU OXIGENOTERAPIA)	-	-	4
ENEMA	-	1	3
LAVAGEM INTESTINAL	-	1	3
LAVAGEM VESICAL	-	1	3
LIMPEZA / DEBRIDAMENTO - FERIDA	-	1	3
LIMPEZA DE MIIASE	-	1	3
PASSAGEM DE SONDA NASO-GASTRICA	-	1	3
PASSAGEM DE SONDA URETRAL CANINO (MACHO)	-	1	3
PASSAGEM DE SONDA URETRAL CANINO (FEMEA)	-	1	3
PASSAGEM DE SONDA URETRAL FELINO (FEMEA)	-	1	3
PASSAGEM DE SONDA URETRAL FELINO (MACHO)	-	1	3
PROCEDIMENTO REMOCAO ESPINHOS (PORCO ESPINHO)	-	365	1
RETIRADA DE ANZOL	-	365	1
SUTURA FERIDA	-	1	12
TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER	-	1	2
TESTE DE FLUORESCEINA	-	1	2
RASPADO DE PELE COM PESQUISA DE ECTOPARASITAS	-	15	2
ABDOMINOCENTESE - DRENAGEM DE LÍQUIDO ASCITICO	-	30	4
CISTOCENTESE	-	30	3
DRENAGEM DE ABSCESSOS E/OU HEMATOMAS	-	30	3

* TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER INCLUSO NA CONSULTA OFTALMO, AVULSO SOMENTE EM EMERGÊNCIA OCULAR - Limite refere-se à realização avulsa
* TESTE DE FLUORESCEINA - INCLUSO NA CONSULTA OFTALMO, AVULSO SOMENTE EM EMERGÊNCIA OCULAR - Limite refere-se à realização avulsa

CARTÃO Amigão

Coberturas - Plano Pet+

MATERIAIS HOSPITALARES (USO PADRÃO)
Agulha
Algodão
Algodão Ortopédico
Atadura
Cateter
Compressa (Campo Cirúrgico)
Equipo
Esparadrapo
Esponja c/ clorex
Extensor de equipo
Fio de nylon
Fita de glicemia
Fita de Schirmmer
Gaze
Lamina de Bisturi
Lamina de Vidro
Luva estéril
Luva de procedimento
Malha cirúrgica
Micropore
Pote coletor universal
PRN
Scalps
Seringas
Sonda endotraqueal
Sonda nasogástrica
Sonda tomcat
Sonda uretral
Torneira de 3 vias
Tala de madeira

LISTA DE MEDICAMENTOS COBERTOS (USO PADRÃO)	
Acepran	Vitamina b12
Acetilcisteína	Glicose 25%
Adrenalina	Glicose 50%
Agemoxi	Heparina
Água Desmineralizada	Hidrocortisona
Amoxilina	Ibatrim
Atropina	Iodo
Biofen 10%	Isoflurano
Buscofin Composto	Manitol
Cefalotina 1Gr	Meloxicam
Ceftriaxona	Metadona
Cetamina 10%	Metoclopramida
Clavacillin	Metronidazol 500Mg
Cloreto de Potássio	Midazolam
Cloreto de Sódio 20%	Morfina
Colírio Anestésico	Norepinefrina
Colírio Fluoresceína	Ondansetrona
Complexo B	Pentabiótico P.Porte 1.200.000
Dexametasona	Pentabiótico Ref 6.000.000 Ui
Diazepam	Petidina
Dipirona	Prometazina
Dipirona	Propofol
Dopamina	Ringer C/ Lactato
Efedrina	Soro Fisiológico
Enrofloxacina 10%	Tramal
Escopolamina	Xilazina (Anasedan)
Fenobarbital	Vitamina K.
Fentanila	Cetamina
Furosemida	Solução glicosada
Solução r8nger c lactato	Solução fisiologica