



CARTÃO  
**Amigão**

Tabela de Coberturas

# ***Plano Tranquilo***

**Tranquilo pro seu pet e para o seu bolso.**

Consultas, exames, reforço anual de vacinas  
curativos, aplicação de medicamentos e entre  
outros procedimentos ambulatoriais.

**CONFIRA**





# Coberturas - Plano Tranquilo

| CONSULTAS                                                    | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
|--------------------------------------------------------------|----------|---------------|---------------|
| CONSULTA GENERALISTA<br>(Dentro e fora do horário comercial) | 35       | 20            | -             |
| CONSULTA URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA                                | 15       | 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)**

| HEMATOLOGIA                    | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
|--------------------------------|----------|---------------|---------------|
| HEMOGRAMA COMPLETO             | 35       | 30            | 2             |
| BIOQUÍMICA CLÍNICA             | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
| ALANINA AMINOTRANSFERASE (TGP) | 35       | 30            | 2             |
| COLESTEROL TOTAL               | 35       | 30            | 2             |
| CREATININA                     | 35       | 30            | 2             |
| FOSFATASE ALCALINA             | 35       | 30            | 2             |
| GLICOSE (GLICEMIA)             | 35       | 30            | 2             |
| TRIGLICÉRIDES                  | 35       | 30            | 2             |
| URÉIA                          | 35       | 30            | 2             |
| GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE      | 35       | 30            | 2             |

| URINÁLISE    | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
|--------------|----------|---------------|---------------|
| URINA TIPO I | 35       | 30            | 2             |

| PARASITOLÓGICO                    | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
|-----------------------------------|----------|---------------|---------------|
| EXAME COPROPARASITOLÓGICO SIMPLES | 65       | 365           | 1             |

| VACINAS - IMUNIZAÇÃO     | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
|--------------------------|----------|---------------|---------------|
| ANTIRRÁBICA              | 65       | 365           | 1 DOSE        |
| MULTIPLA CANINA          | 65       | 365           | 1 DOSE        |
| MULTIPLA FELINA          | 65       | 365           | 1 DOSE        |
| BORDETELLA (TOSSE/GRIPE) | 65       | 365           | 1 DOSE        |

\* **Reforço Anual**

| EXAMES CARDIOLÓGICOS           | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
|--------------------------------|----------|---------------|---------------|
| ELETROCARDIOGRAFIA             | 65       | 30            | 2             |
| MENSURAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL | 35       | 7             | 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.

# Coberturas - Plano Tranquilo

| PROCEDIMENTOS DIVERSOS                         | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
|------------------------------------------------|----------|---------------|---------------|
| APLICAÇÃO DE INJEÇÃO INTRAVENOSA               | 35       | -             | -             |
| APLICAÇÃO SUBCUTÂNEA OU MUSCULAR               | 35       | -             | -             |
| CURATIVO COMPLEXO (TALA)                       | 35       | 1             | 3             |
| CURATIVO SIMPLES (LIMPEZA + GAZE + ESPARADRAPO | 35       | 1             | 3             |
| INALAÇÃO – 30 MINUTOS (OU OXIGENOTERAPIA)      | 35       | -             | 2             |
| ENEMA                                          | 35       | 1             | 1             |
| LAVAGEM INTESTINAL                             | 35       | 1             | 1             |
| LAVAGEM VESICAL                                | 35       | 1             | 1             |
| LIMPEZA / DEBRIDAMENTO - FERIDA                | 35       | 1             | 1             |
| LIMPEZA DE MIIASE                              | 35       | 1             | 1             |
| PASSAGEM DE Sonda NASO-GASTRICA                | 35       | 1             | 2             |
| PASSAGEM DE Sonda URETRAL CANINO (MACHO)       | 35       | 1             | 2             |
| PASSAGEM DE Sonda URETRAL CANINO (FEMEA)       | 35       | 1             | 2             |
| PASSAGEM DE Sonda URETRAL FELINO (FEMEA)       | 35       | 1             | 2             |
| PASSAGEM DE Sonda URETRAL FELINO (MACHO)       | 35       | 1             | 2             |
| PROCEDIMENTO REMOCAO ESPINHOS (PORCO ESPINHO)  | 35       | 365           | 1             |
| RETIRADA DE ANZOL                              | 35       | 365           | 1             |
| SUTURA FERIDA                                  | 35       | 1             | 2             |
| TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER                     | 35       | 1             | 2             |
| TESTE DE FLUORESCEINA                          | 35       | 1             | 2             |
| RASPADO DE PELE COM PESQUISA DE ECTOPARASITAS  | 35       | 15            | 2             |
| ABDOMINOCENTESE - DRENAGEM DE LÍQUIDO ASCITICO | 35       | 30            | 2             |
| CISTOCENTESE                                   | 35       | 30            | 2             |
| DRENAGEM DE ABSCESSOS E/OU HEMATOMAS           | 35       | 30            | 2             |

\* TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER: COBERTO EM CONSULTA GENERALISTA SOMENTE EM EMERGÊNCIA OCULAR - Limite refere-se à realização avulsa  
\* TESTE DE FLUORESCEINA - COBERTO EM CONSULTA GENERALISTA SOMENTE EM EMERGÊNCIA OCULAR - Limite refere-se à realização avulsa

**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.

# Coberturas - Plano Tranquilo

| EXAMES CARDIOLÓGICOS                                     | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
|----------------------------------------------------------|----------|---------------|---------------|
| ELETROCARDIOGRAFIA                                       | 65       | 30            | 2             |
| MENSURAÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL                           | 35       | 7             | 2             |
| FLUIDOTERAPIA (INCLUINDO EQUIPAMENTO)                    | CARÊNCIA | PERIODICIDADE | LIMITE DE USO |
| FLUIDOTERAPIA (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO) 1000 ML  | 35       | 1             | 2             |
| FLUIDOTERAPIA (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO) 500 ML   | 35       | 1             | 2             |
| FLUIDOTERAPIA (FISIOLÓGICO, RINGER, GLICOFISIO) 250 ML   | 35       | 1             | 2             |
| FLUIDOTERAPIA (SOLUÇÃO HIPERTONICA OU DE MANITOL) 250 ML | 35       | 1             | 2             |
| FLUIDOTERAPIA (SOLUÇÃO COLOIDAL)                         | 35       | 1             | 2             |

\* Incluso fluídos e materiais de uso padrão necessários

**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.

# Coberturas - Plano Tranquilo

| MATERIAIS HOSPITALARES (USO PADRÃO) |  | LISTA DE MEDICAMENTOS COBERTOS (USO PADRÃO) |                                |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------------|--------------------------------|
| Agulha                              |  | Acepran                                     | Vitamina b12                   |
| Algodão                             |  | Acetilcisteína                              | Glicose 25%                    |
| Algodão Ortopédico                  |  | Adrenalina                                  | Glicose 50%                    |
| Atadura                             |  | Agemoxi                                     | Heparina                       |
| Cateter                             |  | Água Desmineralizada                        | Hidrocortisona                 |
| Compressa (Campo Cirúrgico)         |  | Amoxilina                                   | Ibatrim                        |
| Equipo                              |  | Atropina                                    | Iodo                           |
| Esparadrapo                         |  | Biofen 10%                                  | Isoflurano                     |
| Esponja c/ clorex                   |  | Buscofin Composto                           | Manitol                        |
| Extensor de equipo                  |  | Cefalotina 1Gr                              | Meloxicam                      |
| Fio de nylon                        |  | Ceftriaxona                                 | Metadona                       |
| Fita de glicemia                    |  | Cetamina 10%                                | Metoclopramida                 |
| Fita de Schirmer                    |  | Clavacillin                                 | Metronidazol 500Mg             |
| Gaze                                |  | Cloreto de Potássio                         | Midazolam                      |
| Lamina de Bisturi                   |  | Cloreto de Sódio 20%                        | Morfina                        |
| Lamina de Vidro                     |  | Colírio Anestésico                          | Norepinefrina                  |
| Luva estéril                        |  | Colírio Fluoresceína                        | Ondansetrona                   |
| Luva de procedimento                |  | Complexo B                                  | Pentabiótico P.Porte 1.200.000 |
| Malha cirúrgica                     |  | Dexametasona                                | Pentabiótico Ref 6.000.000 Ui  |
| Micropore                           |  | Diazepam                                    | Petidina                       |
| Pote coletor universal              |  | Dipirona                                    | Prometazina                    |
| PRN                                 |  | Dipirona                                    | Propofol                       |
| Scalps                              |  | Dopamina                                    | Ringer C/ Lactato              |
| Seringas                            |  | Efedrina                                    | Soro Fisiológico               |
| Sonda endotraqueal                  |  | Enrofloxacina 10%                           | Tramal                         |
| Sonda nasogástrica                  |  | Escopolamina                                | Xilazina (Anasedan)            |
| Sonda tomcat                        |  | Fenobarbital                                | Vitamina K.                    |
| Sonda uretral                       |  | Fentanila                                   | Cetamina                       |
| Torneira de 3 vias                  |  | Furosemida                                  | Solução glicosada              |
| Tala de madeira                     |  | Solução r8nger c lactato                    | Solução fisiologica            |