



## TABELA DE PROCEDIMENTOS PLANO COMFORT

Limite Máximo Anual de Utilização - R\$ 4.000,00

CÓD.	CONSULTAS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
1.1	CONSULTA CLÍNICO GERAL	30	6	30	R\$ 150,00
1.2	CONSULTA ESPECIALISTA (Cardiologista, Nutricionista, Oftalmologista, dentre outros)	60	2	60	R\$ 200,00

CÓD.	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
2.1	EXCISÃO DA PORÇÃO VERTICAL DO CONDUTO AUDITIVO UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.2	OTO-HEMATOMA (CIRURGIA DE ORELHA)	90	2	180	R\$ 200,00
2.3	ABLAÇÃO (REMOÇÃO) TOTAL DO CONDUTO AUDITIVO	150	1	360	R\$ 200,00
2.4	EXCISÃO DE PÓLIPO OTOLÓGICO	120	1	360	R\$ 150,00
2.5	CONCHECTOMIA PATOLÓGICA	120	1	360	R\$ 200,00
2.6	AERAÇÃO DO CONDUTO AUDITIVO (OTITE)	150	1	360	R\$ 200,00
2.7	BLEFARORRAFIA PARA ECTRÓPIO UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.8	BLEFARORRAFIA PARA ENTRÓPIO UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.9	BLEFARORRAFIA PARA TRIQUIÁSE UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.10	CERATECTOMIA SUPERFICIAL (CISTO DERMÓIDE)	150	1	360	R\$ 250,00
2.11	CERATOTOMIA EM GRADE	150	1	360	R\$ 250,00
2.12	CÍLIO ECTÓPICO - DISTRIQUIÁSE UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.13	CÍLIO ECTÓPICO - TRIQUIÁSE UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.14	DESBRIDAMENTO (UNILATERAL)	90	2	90	R\$ 200,00
2.15	ENTRÓPIO/ECTRÓPIO UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.16	ENUCLEAÇÃO OFTÁLMICA (REMOÇÃO GLOBO OCULAR)	150	1	360	R\$ 200,00
2.17	EVERSÃO DA CARTILAGEM DA TERCEIRA PÁLPEBRA UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.18	EXCISÃO PARCIAL DA TERCEIRA PÁLPEBRA	150	1	360	R\$ 200,00
2.19	FLAP DE TERCEIRA PÁLPEBRA	150	1	360	R\$ 200,00
2.20	PROLAPSO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA – REPOSIC. UNILATERAL	150	1	360	R\$ 200,00
2.21	REDUÇÃO PROLAPSO DO GLOBO OCULAR	150	1	360	R\$ 250,00
2.22	SEPULTAMENTO DA GLÂNDULA DA TERCEIRA PÁLPEBRA UNILATERAL	150	1	360	R\$ 250,00
2.23	NODULECTOMIA (UM NÓDULO)	120	3	90	R\$ 150,00
2.24	RESSECÇÃO DE VERRUGA	120	2	60	R\$ 100,00
2.25	RECONSTITUIÇÃO DE PELE	120	1	360	R\$ 200,00
2.26	CORREÇÃO DE FÍSTULA PERIANAL	180	1	360	R\$ 200,00
2.27	ENTERECTOMIA PARCIAL (RESSECÇÃO INTESTINAL)	180	1	360	R\$ 250,00
2.28	GASTROSTOMIA	180	1	360	R\$ 300,00
2.29	GLÂNDULAS SALIVARES (DESOBSTRUÇÃO)	60	1	360	R\$ 200,00
2.30	MARSUPIALIZAÇÃO DE RÂNULAS	90	1	360	R\$ 200,00
2.31	PROLAPSO DE ÚTERO	180	1	360	R\$ 250,00
2.32	PROLAPSO DE RETO – REDUÇÃO (CIRÚRGICO)	180	1	360	R\$ 250,00
2.33	REMOÇÃO DE CORPO ESTRANHO ESOFÁGICO GÁSTRICO	180	1	360	R\$ 250,00
2.34	EXÉRESE DE GLÂNDULA PERIANAL	180	1	360	R\$ 250,00

CÓD.	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
2.35	EXTRAÇÃO DE DENTES PERMANENTES	90	3	1	R\$ 100,00
2.36	AMPUTAÇÃO DE FALANGE	120	1	360	R\$ 250,00
2.37	ARTROPEXIA (LUXAÇÃO) COXOFEMORAL	120	1	360	R\$ 250,00
2.38	LUXAÇÃO DE PATELA UNILATERAL	180	1	360	R\$ 250,00
2.39	RETIRADA DE PLACAS, PARAFUSOS E PINOS	90	2	30	R\$ 100,00
2.40	AMPUTAÇÃO DE DEDOS	90	3	30	R\$ 100,00
2.41	TORACORRAFIA (SUTURA)	90	1	90	R\$ 150,00
2.42	EXÉRESE DE UNHA PATOLÓGICA	90	1	360	R\$ 150,00
2.44	TUMORES SUPERCIFICAIS	120	2	90	R\$ 150,00
2.45	ABLAÇÃO DA BOLSA ESCROTAL	90	1	360	R\$ 150,00
2.46	CORREÇÃO DE FIMOSE OU PARAFIMOSE	90	1	360	R\$ 150,00
2.47	EXÉRESE DE HIPERPLASIA VAGINAL	120	1	360	R\$ 150,00
2.48	MASTECTOMIA RADICAL	180	1	360	R\$ 300,00
2.49	NEFRECTOMIA	150	1	360	R\$ 300,00
2.50	NEFROTOMIA	150	1	360	R\$ 300,00
2.51	CASTRACÃO - CANINO	150	1	360	R\$ 300,00
2.52	CASTRACÃO - FELINO	150	1	360	R\$ 300,00
2.53	PENECTOMIA PARCIAL	180	1	360	R\$ 300,00
2.54	CESARIANA CANINO	180	1	360	R\$ 250,00
2.55	CESARIANA FELINO	180	1	360	R\$ 250,00
2.56	HÉRNIA INGUINAL UNILATERAL	180	1	360	R\$ 250,00
2.57	HÉRNIA PERINEAL UNILATERAL	180	1	360	R\$ 250,00

CÓD.	ANESTESIAS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
3.1	ANESTESIA INALATÓRIA	120	2	120	R\$ 200,00
3.2	ANESTESIA LOCAL	90	2	90	R\$ 150,00
3.3	ANESTESIA GERAL	90	2	90	R\$ 150,00

CÓD.	INTERNAÇÃO	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
4.1	DIÁRIA DE INTERNAÇÃO CLÍNICA (24 horas)	120	3	7	R\$ 200,00
4.2	DIÁRIA DE INTERNAÇÃO SEMI-INTENSIVA	120	2	7	R\$ 150,00

CÓD.	EXAMES LABORATORIAIS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
5.1	ÁCIDO ÚRICO	60	4	45	R\$ 50,00
5.2	ALANINA AMINOTRANSFERASE (TGP - ALT)	60	4	45	R\$ 50,00
5.3	ALANINA TRANSAMINASE	60	4	45	R\$ 50,00
5.4	ALBUMINA	60	4	45	R\$ 50,00
5.5	AMILASE	60	4	45	R\$ 60,00
5.6	ANION GAP	60	4	45	R\$ 60,00
5.7	AMÔNIA	60	4	45	R\$ 50,00
5.8	ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (TGO - AST)	60	4	45	R\$ 50,00

CÓD.	EXAMES LABORATORIAIS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
5.9	BILIRRUBINAS TOTAIS E FRAÇÕES (D + I)	60	4	45	R\$ 50,00
5.10	BIÓPSIA CUTÂNEA	90	1	360	R\$ 150,00
5.11	POTÁSSIO	60	4	45	R\$ 50,00
5.12	CÁLCIO	60	4	45	R\$ 50,00
5.13	CÁLCIO IÔNICO	60	4	45	R\$ 50,00
5.14	CK TOTAL	60	4	45	R\$ 50,00
5.15	CLORETOS	60	4	45	R\$ 50,00
5.16	CLORO	60	4	45	R\$ 60,00
5.17	COLESTEROL TOTAL	60	4	45	R\$ 60,00
5.18	COLETEROL TOTAL E FRAÇÕES	60	4	45	R\$ 80,00
5.19	COLINESTERASE	60	4	45	R\$ 80,00
5.20	CREATININA	60	4	45	R\$ 50,00
5.21	DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH)	60	4	45	R\$ 80,00
5.22	DOSAGEM DE CETONAS	60	4	45	R\$ 50,00
5.23	FERRO SÉRICO	60	4	45	R\$ 80,00
5.24	FOSFATASE ALCALINA	60	4	45	R\$ 50,00
5.25	FOSFOLÍPIDEOS	60	4	45	R\$ 50,00
5.26	FÓSFORO	60	4	45	R\$ 80,00
5.27	FRUTOSAMINA	60	4	45	R\$ 50,00
5.28	GAMA GLUTAMIL TRANSFERASE (GGT)	60	4	45	R\$ 50,00
5.29	GLICOSE (GLICEMIA)	60	4	45	R\$ 50,00
5.30	GLOBULINA	60	4	45	R\$ 50,00
5.31	HEMOGLOBINA GLICADA	60	4	45	R\$ 50,00
5.32	LIPASE SÉRICA	60	4	45	R\$ 60,00
5.33	LIPASE IMUNOEAATIVA	60	4	45	R\$ 80,00
5.34	LIPÍDEOS TOTAIS	60	4	45	R\$ 50,00
5.35	MAGNÉSIO	60	4	45	R\$ 50,00
5.36	PROTEÍNA TOTAL E FRAÇÕES	60	4	45	R\$ 80,00
5.37	PROTEÍNAS TOTAIS	60	4	45	R\$ 50,00
5.38	SÓDIO	60	4	45	R\$ 50,00
5.39	TRIGLICÉRIDES	60	4	45	R\$ 50,00
5.40	URÉIA	60	4	45	R\$ 50,00
5.41	ZINCO	60	4	45	R\$ 50,00
5.42	TESTE GLICOSE (JÁ INCLUSO TIRAS DE GLICEMIA)	90	2	45	R\$ 150,00
5.43	BACTERIOSCÓPICO (COLORAÇÃO DE GRAN)	60	3	45	R\$ 100,00
5.44	TRICOGRAMA, AVALIAÇÃO DE HASTES PILOSAS	90	2	45	R\$ 100,00
5.45	HEMOGRAMA COMPLETO	60	4	45	R\$ 100,00
5.46	FLUIDOTERAPIA (FISIOLÓGICO 250 ML)	60	3	7	R\$ 60,00
5.47	FLUIDOTERAPIA (FISIOLÓGICO 500 ML)	60	3	7	R\$ 80,00
5.48	ÁCIDO FÓLICO	90	2	45	R\$ 100,00
5.49	ELETROFORESE DE PROTEÍNA URINÁRIO	120	2	90	R\$ 100,00
5.50	TIROXINA TOTAL - (T4)	120	2	90	R\$ 100,00
5.51	TRIIODOTIRONINA (T3)	120	2	90	R\$ 100,00
5.52	TSH	120	1	360	R\$ 100,00
5.53	HEMATÓCRITO	60	4	45	R\$ 80,00
5.54	CONTAGEM DE PLAQUETAS	60	4	45	R\$ 50,00

CÓD.	EXAMES LABORATORIAIS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
5.55	ERITROGRAMA	60	4	45	R\$ 80,00
5.56	FIBRINOGENIO	60	4	45	R\$ 100,00
5.57	LEUCOGRAMA	60	4	45	R\$ 80,00
5.58	LEUCÓCITO	60	4	45	R\$ 80,00
5.59	PESQUISA DE MICROFILÁRIA	60	3	45	R\$ 100,00
5.60	PESQUISA DE CÉLULAS DE LUPUS ERITEMATOSO	60	2	45	R\$ 100,00
5.61	PESQUISA DE CORPÚSCULO DE HEINZ	60	2	45	R\$ 100,00
5.62	PESQUISA DE CORPÚSCULO DE LENTZ	60	2	45	R\$ 100,00
5.63	PESQUISA DE HEMATOZOÁRIO	60	2	45	R\$ 100,00
5.64	PESQUISA DE RETICULÓCITOS	60	2	45	R\$ 100,00
5.65	VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	60	2	45	R\$ 100,00
5.66	HEMOGASOMETRIA	90	1	360	R\$ 150,00
5.67	TESTE DE TEMPO DE COAGULAÇÃO	60	4	45	R\$ 80,00
5.68	TEMPO DE PROTROMBINA	60	4	45	R\$ 80,00
5.70	TEMPO DE TROMBINA	60	4	45	R\$ 80,00
5.71	TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	60	4	45	R\$ 80,00
5.72	COPROPARASITOLÓGICO	60	3	45	R\$ 80,00
5.73	ANÁLISE DE CÁLCULO URINÁRIO	60	3	45	R\$ 100,00
5.74	GLICOSURIA + PROTEINURIA	60	4	45	R\$ 100,00
5.75	MIOGLOBINA URINÁRIA	60	3	45	R\$ 100,00
5.76	SEDIMENTO URINÁRIO	60	4	45	R\$ 100,00
5.77	URINA I	60	4	45	R\$ 60,00
5.78	UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA	90	2	60	R\$ 100,00
5.79	BIÓPSIA DE PELE (COM BOTÃO ANESTÉSICO)	120	2	60	R\$ 150,00
5.80	COLESTEROL + TRIGLÍCIDES	60	4	45	R\$ 60,00
5.81	SÓDIO + POTÁSSIO + FÓSFORO	60	3	45	R\$ 80,00
5.82	PERFIL BÁSICO (hemograma completo, creatinina, alt, ast)	90	4	45	R\$ 120,00
5.83	PERFIL RENAL (hemograma completo, ureia, creatinina)	90	4	45	R\$ 120,00
5.84	PERFIL I (Hemograma completo, albumina, ureia, creatinina, alt, ast, fa)	90	3	45	R\$ 120,00
5.85	PERFIL II (hemograma completo, urina tipo I, ureia, creatinina, alt, ast, fa, glicose, albumina)	90	3	45	R\$ 120,00
5.86	PERFIL III (creatinina, amilase e lipase)	90	3	45	R\$ 80,00
5.87	PERFIL HEPATICO (hemograma, alt, ast, fa, ggt, bilirrubinas, proteína total, albumina, colesterol, triglicérides)	90	4	45	R\$ 150,00
5.88	PERFIL ELETROLÍTICO (cálcio total, fósforo, sódio, potássio, cálcio iônico e cloretos)	90	3	45	R\$ 120,00
5.89	PERFIL COAGULAÇÃO (TC-Tempo de coagulação, TP-Tempo de protrombina, e TTPA-Tempo de tromboplastina parcial ativada)	90	3	45	R\$ 150,00
5.90	PERFIL DERMATOLÓGICO (pesquisa ectoparasitas, cultura de fungos e cultura de bactérias aeróbias + antibiograma)	90	2	60	R\$ 150,00
5.91	PERFIL TIREOIDIANO (T4 total, T4 livre por diálise, TSH)	90	2	60	R\$ 200,00
5.92	PERFIL BIOQUÍMICO (hemograma, alt, ast, pt, creatinina, fa, ggt, ureia, glicose, albumina)	90	3	60	R\$ 150,00
5.93	PERFIL CHECK-UP (hemograma completo, uréia, creatinina, alt, ast, fa, ggt, bilirrubinas, proteína total, albumina, colesterol, triglicérides, urina tipo I)	90	3	45	R\$ 200,00

CÓD.	IMUNOLOGIA	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
6.1	BABESIA	90	1	360	R\$ 120,00
6.2	BORDETELLA BRONCHISEPTICA (EXAME)	90	2	60	R\$ 120,00
6.3	CALICIVIRUS FELINO (CALICIVIROSE FELINA)	60	2	60	R\$ 120,00
6.4	CINOMOSE	90	1	360	R\$ 100,00
6.5	EHRlichIA	90	1	360	R\$ 100,00
6.6	ERISPELA	90	2	60	R\$ 120,00
6.7	BABESIA + EHRlichIA	90	1	360	R\$ 120,00
6.8	TOXOPLASMA GONDII	90	2	60	R\$ 150,00
6.9	4DX (ANAPLASMA / LYME / EHRlichIA / DIROFILARIOSE)	120	1	360	R\$ 200,00
6.10	TESTE RÁPIDO LEISHMANIOSE DPP	150	2	120	R\$ 120,00

CÓD.	PESQUISA DE PARASITAS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
7.1	CULTURA DE BACTÉRIAS AERÓBICAS	90	2	60	R\$ 100,00
7.2	CULTURA DE BACTÉRIAS ANAERÓBICAS	90	2	60	R\$ 100,00
7.3	CULTURA DE FUNGOS (MICOLÓGICO)	90	2	60	R\$ 100,00
7.4	HEMOCULTURA (BACTÉRIA + FUNGOS)	90	2	60	R\$ 120,00
7.5	PESQUISA DE MALASSEZIA SP	90	2	60	R\$ 100,00
7.6	MICOPLASMA FELINO - SOROLOGIA	90	2	60	R\$ 120,00
7.7	PESQUISA DE CHLAMYDIA SP - FELINO	90	3	60	R\$ 120,00
7.8	PESQUISA DE ECTOPARASITAS - RASPADO DE PELE	90	3	60	R\$ 100,00
7.9	PESQUISA DE PARASITAS	90	3	60	R\$ 100,00
7.10	CITOLOGIA CUTÂNEA PELE	90	2	60	R\$ 120,00

CÓD.	VACINAS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
8.1	VACINA MÚLTIPLA CANINA (V8 ou V10)	90	3	30	R\$ 120,00
8.2	VACINA ANTIRRÁBICA	90	1	360	R\$ 120,00
8.3	VACINA CONTRA GRIPE	90	1	360	R\$ 120,00
8.4	VACINA V4 FELINA	90	1	360	R\$ 120,00
8.5	VACINA V3 FELINA	90	3	30	R\$ 120,00

CÓD.	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
9.1	CISTOCENTESE	90	2	90	R\$ 100,00
9.2	DRENAGEM DE ABSCESSOS E/OU HEMATOMAS	90	3	60	R\$ 100,00
9.3	CURATIVO COMPLEXO DE FRATURA (TALA/ GESSO / ALUMÍNIO)	90	2	7	R\$ 120,00
9.4	CURATIVO SIMPLES	60	2	7	R\$ 80,00
9.5	LAVAGEM VESICAL	60	2	60	R\$ 100,00
9.6	LIMPEZA / DEBRIDAMENTO - FERIDA	60	3	7	R\$ 100,00
9.7	LIMPEZA DE MÍIASE	60	2	60	R\$ 100,00
9.8	OXIGENOTERAPIA	60	3	1	R\$ 100,00
9.9	PROLAPSO RETAL – REDUÇÃO CLÍNICA	90	1	360	R\$ 200,00

CÓD.	PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
9.10	DERMORRAFIA - SUTURA FERIDA DE PELE	90	2	60	R\$ 100,00
9.11	LAVAGEM GÁSTRICA	90	3	60	R\$ 120,00
9.12	NEBULIZAÇÃO	90	3	1	R\$ 100,00
9.13	DESOBSTRUÇÃO DAS VIAS LACRIMAIS – FLUSHING	120	1	360	R\$ 150,00
9.14	LAVAGEM OTOLÓGICA (BILATERAL) - CANAL AUDITIVO	90	1	360	R\$ 150,00
9.15	TONOMETRIA	120	1	360	R\$ 150,00
9.16	TESTE DE FLUORESCÉINA	120	1	360	R\$ 150,00
9.17	TESTE LACRIMAL DE SCHIRMER (BILATERAL)	120	1	360	R\$ 150,00
9.18	TESTE ROSA BENGALA (BILATERAL)	120	1	360	R\$ 150,00

CÓD.	DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
10.1	ELETROCARDIOGRAMA	90	2	90	R\$ 150,00
10.2	ECOCARDIOGRAMA	150	1	90	R\$ 200,00
10.3	PRESSÃO ARTERIAL	90	3	30	R\$ 80,00
10.4	RADIOGRAFIA ABDOMINAL - 1 PROJEÇÃO (RAIO-X)	90	2	90	R\$ 150,00
10.5	RADIOGRAFIA ABDOMINAL - 2 A 3 PROJEÇÕES (RAIO-X)	120	1	360	R\$ 200,00
10.6	ULTRASSONOGRAFIA	120	2	90	R\$ 200,00

CÓD.	ESPECIALIDADES	CARÊNCIAS (Dias)	LIMITES DE USO (Qtde Máx Anual)	PERIODICIDADE (Dias)	VALOR UTILIZAÇÃO
11.1	SESSÃO DE ACUPUNTURA	180	3	30	R\$ 150,00
11.2	SESSÃO DE FISIOTERAPIA	180	3	7	R\$ 150,00
11.3	SESSÃO DE QUIMIOTERAPIA	180	3	7	R\$ 150,00

<sup>1</sup> Consulta Emergencial - utilizado para situações de risco de morte iminente, que necessitem de atendimento imediato para salvar a vida do pet.

- Atropelamentos;
- Corpo estranho no sistema gastro;
- Hemorragias;
- Fraturas Expostas;
- Obstrução de vias aéreas;
- Reações alérgicas com comprometimento das vias aéreas;
- Convulsões;
- Envenenamento.

<sup>2</sup> Consulta Emergencial - em casos de emergência, é liberado apenas a consulta emergencial. Será liberado internações, anestésias ou exames se, e somente se, as carências tiverem sido cumpridas para tais procedimentos.

<sup>3</sup> Caso o(s) procedimento(s) já tenham sido utilizados e estejam em periodicidade, é necessário aguardar o período mínimo de periodicidade para poder utilizá-los novamente.

<sup>4</sup> Os procedimentos individuais do grupo exames laboratoriais são utilizados quando o veterinário solicita-os de forma individual no pedido veterinário. Caso seja solicitado mais de um exame no pedido e este se enquadrando no em um dos perfis, será liberado o valor do procedimento Perfil ao qual os exames pertencem.

<sup>5</sup> Caso o procedimento Perfil já tenha sido utilizado e esteja em periodicidade, deve-se aguardar o término da periodicidade desse procedimento, não podendo solicitar os exames individualmente.

<sup>6</sup> É vedado a utilização de dois ou mais procedimentos do mesmo grupo na mesma solicitação. Só é possível solicitar um procedimento do mesmo grupo a cada 30 dias.