

TABELA DE VALORES OFTALMO

| ITEM                                                          | CÓDIGO         | PROCEDIMENTO AMBULATORIAL E CIRURGICO                                                                                                                                                                                                   | Qdt | Proposta OSS |
|---------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|
| Procedimentos com finalidade diagnóstica                      |                |                                                                                                                                                                                                                                         |     |              |
| 1                                                             | 02.05.02.002-0 | PAQUIMETRIA ULTRASSONICA                                                                                                                                                                                                                | 1   | 45,00        |
| 2                                                             | 02.05.02.008-9 | ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)                                                                                                                                                                                  | 1   | 70,00        |
| 3                                                             | 02.11.06.001-1 | BIOMETRIA ULTRASSÔNICA                                                                                                                                                                                                                  | 1   | 55,00        |
| 4                                                             | 02.11.06.002-0 | BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO                                                                                                                                                                                                         | 1   | 22,00        |
| 5                                                             | 02.11.06.003-8 | CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO                                                                                                                                                                                       | 1   | 80,00        |
| 6                                                             | 02.11.06.005-4 | CERATOMETRIA (MONOCULAR)                                                                                                                                                                                                                | 1   | 10,00        |
| 7                                                             | 02.11.06.010-0 | FUNDOSCOPIA (MONOCULAR)                                                                                                                                                                                                                 | 1   | 10,00        |
| 8                                                             | 02.11.06.011-9 | GONIOSCOPIA (MONOCULAR)                                                                                                                                                                                                                 | 1   | 10,00        |
| 9                                                             | 02.11.06.012-7 | MAPEAMENTO DE RETINA                                                                                                                                                                                                                    | 1   | 50,00        |
| 10                                                            | 02.11.06.014-3 | MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÔRNEA                                                                                                                                                                                                         | 1   | 50,00        |
| 11                                                            | 02.11.06.015-1 | POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                                                                                                                                                                                                            | 1   | 50,00        |
| 12                                                            | 02.11.06.017-8 | RETINOGRRAFIA COLORIDA                                                                                                                                                                                                                  | 1   | 50,00        |
| 13                                                            | 02.11.06.018-6 | RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                                                                                                                                                                                                    | 1   | 175,00       |
| 14                                                            | 02.11.06.026-7 | TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÔRNEA                                                                                                                                                                                                    | 1   | 59,00        |
| 15                                                            | 02.11.06.028-3 | TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA OPTICA                                                                                                                                                                                                          | 1   | 140,00       |
| Procedimentos cirúrgicos                                      |                |                                                                                                                                                                                                                                         |     |              |
| 16                                                            | 04.05.03.013-4 | VITRECTOMIA ANTERIOR                                                                                                                                                                                                                    | 1   | 1.100,00     |
| 17                                                            | 04.05.03.014-2 | VITRECTOMIA POSTERIOR                                                                                                                                                                                                                   | 1   | 9.000,00     |
| 18                                                            | 04.05.03.016-9 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                                                                                                                                                                         | 1   | 11.000,00    |
| 19                                                            | 04.05.03.017-7 | VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER                                                                                                                                                          | 1   | 12.800,00    |
| 20                                                            | 04.05.03.019-3 | PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER                                                                                                                                                                                                    | 1   | 300,00       |
| 21                                                            | 04.05.05.002-0 | CAPSULOTOMIA A YAG LASER                                                                                                                                                                                                                | 1   | 300,00       |
| 22                                                            | 04.05.05.032-1 | CIRURGIAS DE LESÃO PALPEBRAL (CALAZIO), INCLUSO: AVALIAÇÃO OFTALMOLOGICA INICIAL COM REALIZAÇÃO DE EXAMES OFTALMOLOGICOS PRE OPERATORIOS + CIRURGIA DE RETIRADA DE LESOES PALPEBRAIS (1 OLHO) + AVALIAÇÃO OFTALMOLOGICA POS OPERATORIA. | 1   | 500,00       |
| 23                                                            | 04.05.05.036-4 | CIRURGIAS DE PTERIGIO: INCLUSO: CIRURGIA DE EXERESE DE PTERIGIO (1 OLHO) + AVALIAÇÃO OFTALMOLOGICA POS OPERATORIA.                                                                                                                      | 1   | 850,00       |
| 24                                                            | 04.05.05.036-4 | CIRURGIAS DE CORREÇÃO DE ESTRABISMO, INCLUSOS: CIRURGIA DE CORREÇÃO DE ESTRABISMO EM 1 OLHO + SEDAÇÃO E ANESTESIA GERAL (SE NECESSARIO) + AVALIAÇÃO OFTALMOLOGICA POS OPERATORIA.                                                       | 1   | 2.700,00     |
| 25                                                            | 04.05.05.037-2 | CIRURGIAS DE CATARATA, INCLUSO: CIRURGIA DE CATARTA COM IMPLANTE DE LENTE INTRAOCULAR (1 OLHO) + AVALIAÇÃO OFTALMOLOGICA POS OPERATORIA.                                                                                                | 1   | 1.100,00     |
| 26                                                            |                | ANESTESISTA**                                                                                                                                                                                                                           | 1   | 1.000,00     |
| Procedimentos clínicos/Consultas/Atendimentos/Acompanhamentos |                |                                                                                                                                                                                                                                         |     |              |
| 27                                                            |                | CONSULTA DE TRIAGEM CATARATA E PTERIGIO                                                                                                                                                                                                 | 1   | 70,00        |
| 28                                                            |                | CONSULTA PÓS CIRURGICA DE OFTALMOLOGIA APÓS 30 DIAS                                                                                                                                                                                     | 1   | 120,00       |