



## **ANEXO A - DO TERMO DE REFERÊNCIA**

### **MODELO DE PEDIDO DE CREDENCIAMENTO DOS SERVIÇOS PREVISTOS NO TERMO DE REFERÊNCIA E EDITAL**

#### **(EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA)**

Declaramos em atendimento ao previsto no Termo de Referência alusivo ao credenciamento de estabelecimento de saúde no âmbito do Estado de Pernambuco, como Unidades de Atenção Especializada em Oftalmologia de Média, Alta Complexidade e/ou Centro de Referência em Oftalmologia nas quatro macrorregiões de Pernambuco, atendendo aos critérios da Portaria SAS nº 288, de 19 de maio de 2008, de acordo com o quantitativo exposto abaixo, bem como seguindo as legislações vigentes estabelecidas no Termo de Referência e Edital.

Quadro 1 – Oferta dos procedimentos especializados em Oftalmologia

| PROCEDIMENTO/SUBGRUPO/GRUPO                                | DESCRIÇÃO                                                         | I<br>MACRORREGIÃO   | II<br>MACRORREGIÃO  | III<br>MACRORREGIÃO | IV<br>MACRORREGIÃO  |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
|                                                            |                                                                   | QUANTIDADE<br>ANUAL | QUANTIDADE<br>ANUAL | QUANTIDADE<br>ANUAL | QUANTIDADE<br>ANUAL |
| 02.01.01 Coleta de material por meio de punção/biópsia     | PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PARA BIÓPSIA CBO OFTALMOLOGIA              |                     |                     |                     |                     |
| <b>Total Coleta de material por meio de punção/biópsia</b> |                                                                   |                     |                     |                     |                     |
| 02.05.02 Diagnose por USG                                  | 0205020020 PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA                               |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0205020089 ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)  |                     |                     |                     |                     |
| <b>Total Diagnose por USG</b>                              |                                                                   |                     |                     |                     |                     |
| 02.11.06 - Diagnóstico em oftalmologia                     | 0211060011 BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)                     |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060020 BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO                        |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060038 CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO      |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060054 CERATOMETRIA                                           |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060062 CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO (MINIMO 3 MEDIDAS) |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060070 - ELETRO-OCULOGRAFIA                                   |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060089 ELETRORETINOGRAPHIA                                    |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060097 – ESTESIOMETRIA                                        |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060100 FUNDOSCOPIA                                            |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060119 GONIOSCOPIA                                            |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060127 MAPEAMENTO DE RETINA                                   |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060135 MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE                      |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060143 MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA                        |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060151 POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL                           |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060160 POTENCIAL VISUAL EVOCADO                               |                     |                     |                     |                     |
|                                                            | 0211060178 RETINOGRAPHIA COLORIDA BINOCULAR                       |                     |                     |                     |                     |

|                                                                                                   |                                                                                                      |                         |                         |                         |                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                                                                                                   | 0211060186 RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR                                                       |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0211060208 TESTE DE PROVOCACAO DE GLAUCOMA                                                           |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0211060216 TESTE DE SCHIRMER                                                                         |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0211060224 TESTE DE VISÃO DE CORES                                                                   |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0211060232 TESTE ORTÓPTICO                                                                           |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0211060240 TESTE P/ ADAPTACAO DE LENTE DE CONTATO                                                    |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0211060259 TONOMETRIA                                                                                |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0211060267 TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CÓRNEA                                                      |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0211060283 TOMOGRAFIA DE COERÊNCIA ÓPTICA (OCT)                                                      |                         |                         |                         |                         |
| <b>Total Diagnóstico em oftalmologia</b>                                                          |                                                                                                      |                         |                         |                         |                         |
| <b>PROCEDIMENTO/SUBGRUPO/GRUPO</b>                                                                | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                                                 | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> |
| 03.01.01 - Consultas médicas/outros profissionais de nível superior (CBO – médico oftalmologista) | 0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                                  |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0301010102 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAValiação DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA) |                         |                         |                         |                         |
| 03.01.06 - Consulta/Atendimento às urgências (em geral) - (CBO – médico oftalmologista)           | 0301060029 ATENDIMENTO DE URGENCIA C/ OBSERVACAO ATE 24 HORAS EM ATENCAO ESPECIALIZADA               |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA                                          |                         |                         |                         |                         |
| 03.03.05 - Tratamento de doenças do aparelho da visão                                             | 0303050020 EXERCICIOS ORTOPTICOS                                                                     |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0303050012 ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA                       |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0303050039 TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA )                    |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0303050047 TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)                     |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0303050055 TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)                     |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                                   | 0303050063 TRATAMENTO OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA )                    |                         |                         |                         |                         |

|                                                                                                                     |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 0303050071 TRATAMENTO<br>OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM<br>GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)                             |  |  |  |  |
| 0303050080 - TRATAMENTO<br>OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/<br>GLAUCOMA MONOCULAR (3A LINHA)                            |  |  |  |  |
| 0303050098 - TRATAMENTO<br>OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/<br>GLAUCOMA SITUACAO A C/<br>ACETAZOLAMIDA MONO / BINOCULAR |  |  |  |  |
| 0303050101 - TRATAMENTO<br>OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/<br>GLAUCOMA SITUACAO B C/<br>PILOCARPINA MONOCULAR          |  |  |  |  |
| 0303050110 - TRATAMENTO<br>OFTALMOLOGICO DE PACIENTE C/<br>GLAUCOMA SITUACAO B C/ USO DE<br>PILOCARPINA BINOCULAR   |  |  |  |  |
| 0303050136 TRATAMENTO CLÍNICO DE<br>INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS                                                  |  |  |  |  |
| 0303050144 TRATAMENTO CLÍNICO DE<br>INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS<br>DE ORIGEM INFECCIOSA                          |  |  |  |  |
| 0303050152 TRATAMENTO<br>OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM<br>GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª<br>LINHA - MONOCULAR   |  |  |  |  |
| 0303050160 TRATAMENTO<br>OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM<br>GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª<br>LINHA - BINOCULAR   |  |  |  |  |
| 0303050179 TRATAMENTO<br>OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM<br>GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª<br>LINHA - MONOCULAR   |  |  |  |  |
| 0303050187 TRATAMENTO<br>OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM<br>GLAUCOMA - 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª<br>LINHA - BINOCULAR   |  |  |  |  |
| 0303050195 TRATAMENTO<br>OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM<br>GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª<br>LINHA - MONOCULAR   |  |  |  |  |
| 0303050209 TRATAMENTO<br>OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM<br>GLAUCOMA - 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª<br>LINHA - BINOCULAR   |  |  |  |  |
| 0303050217 TRATAMENTO<br>OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM<br>GLAUCOMA MONOCULAR-<br>ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS   |  |  |  |  |

|                                                  | 0303050225 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR - ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS |                  |                  |                  |                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                                                  | 0303050233 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE DOENÇA DA RETINA                                                |                  |                  |                  |                  |
| TOTAL Tratamento de doenças do aparelho da visão |                                                                                                        |                  |                  |                  |                  |
| PROCEDIMENTO/SUBGRUPO/GRUPO                      | PROCEDIMENTOS                                                                                          | QUANTIDADE ANUAL | QUANTIDADE ANUAL | QUANTIDADE ANUAL | QUANTIDADE ANUAL |
| 04.05.01 – Pálpebras e vias lacrimais            | 0405010010 CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO                                                   |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010028 CORRECAO CIRURGICA DE EPICANTO E TELECANTO                                                  |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010036 DACRIOCISTORRINOSTOMIA                                                                      |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010044 DRENAGEM DE ABSCESSO DE PALPEBRA                                                            |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010052 EPILACAO A LASER                                                                            |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010060 EPILACAO DE CILIOS                                                                          |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010079 EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS                       |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010087 EXTIRPACAO DE GLANDULA LACRIMAL                                                             |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010109 OCLUSAO DE PONTO LACRIMAL                                                                   |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010117 RECONSTITUICAO DE CANAL LACRIMAL                                                            |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010125 RECONSTITUICAO PARCIAL DE PALPEBRA COM TARSORRAFIA                                          |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010133 RECONSTITUICAO TOTAL DE PALPEBRA                                                            |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010141 SIMBLEFAROPLASTIA                                                                           |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010150 SONDAGEM DE CANAL LACRIMAL SOB ANESTESIA GERAL                                              |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010168 SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIAS                                                                 |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010176 SUTURA DE PALPEBRAS                                                                         |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010184 TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE                                                       |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010192 TRATAMENTO CIRURGICO DE TRIQUIASE C/ OU S/ ENXERTO                                          |                  |                  |                  |                  |
|                                                  | 0405010206 PUNCTOPLASTIA                                                                               |                  |                  |                  |                  |

|                                                    |                                                                                            |  |  |  |  |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 04.05.02 - Músculos oculomotores                   | 0405020015 CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)                          |  |  |  |  |
|                                                    | 0405020023 CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)                               |  |  |  |  |
| 04.05.03 - Corpo vítreo, retina, coróide e esclera | 0405030010 APLICACAO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL                                        |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030029 BIOPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR                                                   |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030037 CRIOTERAPIA OCULAR                                                              |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030045 FOTOCOAGULACAO A LASER                                                          |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030053 INJECAO INTRA-VITREO                                                            |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030070 RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL                                             |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030096 SUTURA DE ESCLERA                                                               |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030100 TRATAMENTO CIRURGICO DE DEISCENCIA DE SUTURA DE ESCLERA                         |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030118 TRATAMENTO CIRURGICO DE MIIASE PALPEBRAL                                        |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030126 TRATAMENTO CIRURGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA                                    |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030134 VITRECTOMIA ANTERIOR                                                            |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030142 VITRECTOMIA POSTERIOR                                                           |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030150 VITRIOLISE A YAG LASER                                                          |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030169 VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER                 |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030177 VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030185 TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR                                                       |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030193 PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER                                            |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030207 DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE                                               |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030215 RETINOPEXIA PNEUMÁTICA                                                          |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030223 REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE                                                     |  |  |  |  |
|                                                    | 0405030231 REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL                                                  |  |  |  |  |
| 04.05.04 - Cavidade orbitária e globo ocular       | 0405040016 CORRECAO CIRURGICA DE LAGOFTALMO                                                |  |  |  |  |

|                                                                                 |                                                       |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|
|                                                                                 | 0405040024 CRIOTERAPIA DE TUMORES INTRA-OCULARES      |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040040 DESCOMPRESSAO DE NERVO OPTICO              |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040059 DESCOMPRESSAO DE ORBITA                    |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040067 ENUCLEACAO DE GLOBO OCULAR                 |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040075 EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR                |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040083 EXENTERACAO DE ORBITA                      |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040091 EXERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR      |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040105 EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR             |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040130 INJECAO RETROBULBAR / PERIBULBAR           |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040148 ORBITOTOMIA                                |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040156 RECONSTITUICAO DE CAVIDADE ORBITÁRIA       |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040164 RECONSTITUICAO DE PAREDE DA ORBITA         |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040180 TRANSPLANTE DE PERIOSTEO EM ESCLEROMALACIA |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040199 TRATAMENTO CIRURGICO DE XANTELASMA         |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405040202 TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL              |  |  |  |  |
| 04.05.05 - Conjuntiva, córnea, câmara anterior, íris, corpo ciliar e cristalino | 0405040210 REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR      |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405050011 CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRURGICA          |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405050020 CAPSULOTOMIA A YAG LASER                   |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405050038 CAUTERIZACAO DE CORNEA                     |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405050046 CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA            |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405050054 CICLODIALISE                               |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405050062 CORRECAO DE ASTIGMATISMO SECUNDARIO        |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405050070 CORRECAO CIRURGICA DE HERNIA DE IRIS       |  |  |  |  |
|                                                                                 | 0405050089 EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA             |  |  |  |  |

|                                                                   |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| 0405050127 FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER                           |  |  |  |  |
| 0405050135 IMPLANTE DE PROTESE ANTI-GLAUCOMATOSA                  |  |  |  |  |
| 0405050143 IMPLANTE INTRA-ESTROMAL                                |  |  |  |  |
| 0405050151 IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR - LIO        |  |  |  |  |
| 0405050160 INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA                   |  |  |  |  |
| 0405050178 IRIDECTOMIA CIRURGICA                                  |  |  |  |  |
| 0405050186 IRIDOCICLECTOMIA                                       |  |  |  |  |
| 0405050194 IRIDOTOMIA A LASER                                     |  |  |  |  |
| 0405050208 PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR                         |  |  |  |  |
| 0405050216 RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL                               |  |  |  |  |
| 0405050224 RECONSTITUICAO DE FORNIX CONJUNTIVAL                   |  |  |  |  |
| 0405050232 RECONSTRUCAO DE CAMARA ANTERIOR DO OLHO                |  |  |  |  |
| 0405050240 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO  |  |  |  |  |
| 0405050259 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA                   |  |  |  |  |
| 0405050267 SINEQUIOLISE A YAG LASER                               |  |  |  |  |
| 0405050283 SUBSTITUICAO DE LENTE INTRA-OCULAR                     |  |  |  |  |
| 0405050291 SUTURA DE CONJUNTIVA                                   |  |  |  |  |
| 0405050305 SUTURA DE CORNEA                                       |  |  |  |  |
| 0405050313 TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE                             |  |  |  |  |
| 0405050321 TRABECULECTOMIA                                        |  |  |  |  |
| 0405050356 TRATAMENTO CIRURGICO DE GLAUCOMA CONGENITO             |  |  |  |  |
| 0405050364 TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO                       |  |  |  |  |
| 0405050399 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE Córnea |  |  |  |  |
| 0405050402 RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO                   |  |  |  |  |

|                                                                                   |                                                                              |                         |                         |                         |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| <b>TOTAL Demais cirurgias oftalmológicas</b>                                      |                                                                              |                         |                         |                         |                         |
| 04.05 Cirurgia Catarata                                                           | 0405050097 FACECTOMIA C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                      |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0405050100 FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR                      |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0405050119 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR RIGIDA        |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0405050372 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL      |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0405050380 CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA                                    |                         |                         |                         |                         |
| <b>TOTAL Cirurgia Catarata</b>                                                    |                                                                              |                         |                         |                         |                         |
| <b>PROCEDIMENTO/SUBGRUPO/GRUPO</b>                                                | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                         | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> |
| 07.02.07 - OPM em cirurgias oftálmicas                                            | 0702070050 TUBO DE DRENAGEM PARA GLAUCOMA                                    |                         |                         |                         |                         |
| <b>TOTAL OPM</b>                                                                  |                                                                              |                         |                         |                         |                         |
| <b>PROCEDIMENTO/SUBGRUPO/GRUPO</b>                                                | <b>PROCEDIMENTOS</b>                                                         | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> | <b>QUANTIDADE ANUAL</b> |
| 09.05 Procedimentos para Ofertas de Cuidados Integrados - Atenção em Oftalmologia | 0905010019 OCI avaliação inicial em oftalmologia - 0-8 anos                  |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 09005010027 OCI avaliação de estrabismo                                      |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0905010043 OCI avaliação de retinopatia diabética                            |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0905010035 OCI avaliação inicial em oftalmologia a partir de 9 anos de idade |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0905010051 OCI avaliação inicial para oncologia oftalmológica                |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0905010060 OCI avaliação diagnóstica em neuro oftalmologia                   |                         |                         |                         |                         |
|                                                                                   | 0905010078 OCI exames oftalmológicos sob sedação                             |                         |                         |                         |                         |
| <b>TOTAL Ofertas de Cuidados Integrados</b>                                       |                                                                              |                         |                         |                         |                         |

Especificar a quantidade de procedimentos a ser ofertado anualmente, levando em consideração sua capacidade instalada, bem como as seguintes informações:

Endereço para prestação do serviço:\_\_\_\_\_

CNPJ:\_\_\_\_\_

CNES:\_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Região de Saúde: \_\_\_\_\_

Dias de funcionamento: \_\_\_\_\_

Horário: \_\_\_\_\_

## DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO

BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA CORRENTE: \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_/Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e identificação do responsável legal da empresa)



Documento assinado eletronicamente por **Shirley Correia dos Santos**, em 06/07/2026, às 16:08, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do [Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.pe.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **89570141** e o código CRC **C17632B0**.

Criado por [kassia.arcoverde](#), versão 2 por [kassia.arcoverde](#) em 06/07/2026 15:20:12.