



TERMO ADITIVO DE RETI-RATIFICAÇÃO Nº 26 AO CONTRATO Nº 01/2019

VIGÉSIMO SEXTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 01/19, O QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ARARAQUARA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARARAQUARA, PARA A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS TÉCNICO-PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS NA ÁREA HOSPITALAR E AMBULATORIAL

O **Município de Araraquara**, inscrito no CNPJ sob o nº 45.276.128/0001-10, por intermédio da **Secretaria Municipal de Saúde**, sediado no Paço Municipal, sito a rua São Bento, nº 840, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, **Enfª Eliana Aparecida Mori Honain**, brasileira, casada, RG. Nº 12.717.540-4 e CPF nº 054.318.288-60, doravante denominado MUNICÍPIO; e de outro lado, a **Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara**, inscrita no CNPJ sob o nº 43.964.931/0001-12, CNES sob o n 2082527, sito à avenida José Bonifácio, nº 764, neste município de Araraquara/SP, neste ato representado por seu Provedor, **Jéferson Luís Yashuda**, portador do RG. nº 20.321.444-4 e CPF nº 175.413.718-07, doravante denominado CONTRATADO/HOSPITAL, **resolvem celebrar o presente Termo Aditivo**, consoante despacho autorizatório, do presente processo, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA

O presente Termo Aditivo de Reti-Ratificação tem por finalidade ADITAR ao Contrato nº 01/2019 celebrado em 01/03/2019, visando o aumento do limite financeiro de Média e Alta Complexidade – MAC, decorrente a assunção da Ficha de Programação Orçamentária Financeira – FPO de Serviço de Atenção em Alta Complexidade em Oftalmologia (FPO anexada) e prorrogar o prazo de sua vigência para até 31 de maio de 2023.

CLÁUSULA SEGUNDA

A CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS do Contrato nº 01/2019, passa a vigorar com o seguinte texto:

“CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

O valor MENSAL total estimado para a execução do presente contrato importa em **R\$ 3.712.251,61 (três milhões, setecentos e doze mil, duzentos e cinquenta e um reais, sessenta e um centavos)**, e estará a cargo da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE ARARAQUARA e FUNDO NACIONAL DE SAUDE, devendo ser transferido ao HOSPITAL, no mês



subsequente da competência apresentada e conforme abaixo especificado atendendo ao descrito no Plano de Trabalho:

I – O pagamento do componente pré-fixado (vide quadro do item V) será realizado integralmente no mês subsequente ao da competência apresentada pelo HOSPITAL de acordo com as regras, prazos e sistemas disponibilizados para tal pelo Ministério da Saúde, em até 5 (cinco) dias úteis após o repasse ocorrido pelo Fundo Nacional de Saúde/Ministério de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde daqueles itens cujo financiamento sejam da esfera federal: e, entre o dia 15 (quinze) e 20 (vinte) do mês subsequente os itens de financiamento com recursos municipais.

II – Do componente pós-fixado (vide quadro do item V), dos Procedimentos Estratégicos - FAEC, o pagamento ao HOSPITAL será efetuado a posteriori (pós-produção e apresentação) de acordo com a respectiva transferência financeira do Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a produção mensal conforme programação disposta no Plano Operativo Anual, estimando-se um valor médio mensal em R\$ 3.000,00 (três mil reais).

III – Os demais itens do componente pós fixados — Pró Santas Casas II —, serão repassados juntamente com os recursos municipais do componente pré-fixado, ou seja, entre o dia 15 (quinze) e 20 (vinte) do mês subsequente e em conformidade com:

- a) Score 85% (22,95 pontos) = repasse de 100% do incentivo pós;
- b) Score < 85% e 80% (entre 22,95 e 21,60 pontos) = repasse de 90% do incentivo pós;
- c) Score < 80% e 70% (entre 21,60 e 18,90 pontos) = repasse de 80% do incentivo pós;
- d) Score < 70% (abaixo de 18,90 pontos) = Repasse de 70% do incentivo pós

IV – Os indicadores serão enviados até o dia 10 do mês subsequente e deverão ser avaliados pela Secretaria Municipal de Saúde em tempo hábil para pagamento até o dia 15 do mês de apresentação.

V – A Programação Orçamentária para atendimento ao presente contrato é a seguinte:

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

PRÉ FIXADO		Valor Mensal
Internação Hospitalar- recurso federal		R\$ 1.391.492,79
Serviço Ambulatorial - recurso federal		R\$ 979.117,70
Serviço de Atenção em Alta Complexidade em Oftalmologia – recurso federal		R\$ 133.226,04
INTEGRASUS - recurso federal		R\$ 99.514,69
Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (Hosp. de Ensino) - recurso federal	Port. 2.035/13 Port.	R\$ 75.662,66
Incentivo à Qualificação da Gestão Hospitalar (contratualização) - recurso federal	3.166/13 e Port. 2.1617/13	R\$ 378.313,29



PRÉ FIXADO		Valor Mensal
Rede de Atenção às Urgências (RAU - HOSP) - recurso federal	port. 71 de 09/jan/2014 e Port. 1.467 de 18/set/15	R\$ 471.065,28
Pro Santa Casa II - recurso municipal	CIB 232/2007	R\$ 34.527,33
Leitos de Retaguarda - recurso municipal		R\$ 137.700,00
SUBTOTAL		R\$ 3.700.619,78
PÓS FIXADO		Valor Mensal
Pro Santa Casa II - recurso municipal	CIB 232/2007	R\$ 8.631,83
FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – recurso federal		R\$ 3.000,00
SUBTOTAL		R\$ 11.631,83
TOTAL		R\$ 3.712.251,61

VI – No caso de o prestador não atingir o teto estabelecido na competência apresentada, os valores não utilizados poderão ser repassados da ambulatorial para hospitalar e vice-versa.

§ 1º - A Secretaria Municipal de Saúde revisará o teto financeiro e o repasse de verbas que se trata este contrato na mesma proporção que o Ministério da Saúde revisar o valor dos procedimentos existentes nas tabelas do SUS. Quadrimestralmente, quando da avaliação do Plano Operativo, deverá ser feita a revisão dos valores financeiros.

§ 2º - A avaliação do cumprimento das metas quantitativas deverá ser por grupo de Procedimentos.

§ 3º - Em havendo sazonalidade na prestação do objeto do presente contrato, o montante pré-fixado será pago integralmente nas parcelas mensais estipuladas no presente contrato, desde que cumpridas pelo HOSPITAL as metas estabelecidas, para todo o período, no Plano Operativo.

§ 4º - Os atendimentos que ultrapassarem as metas pactuadas serão objeto de encontro de contas, mensalmente, de acordo com os valores constantes na tabela SIGTAP/SUS, no período avaliado; e os saldos, positivos ou negativos, objeto de pactuação entre os contratantes da forma de sua remuneração, mediante termo aditivo ao presente contrato, do qual deverá constar a forma de pagamento ou compensação e a dotação orçamentária específica.

§ 5º - Os recursos financeiros decorrentes da Portaria MS/GM 220/2022 – Habilitação de 10 (dez) novos leitos de UTI Adulto Tipo II, serão repassados mensalmente ao Hospital, assim que forem efetivados os repasses da referida habilitação pelo Fundo Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; entretanto, caso o hospital não implante/operacionalize os leitos descritos no prazo estipulado na referida Portaria, estes recursos serão descontados do repasse ao CONTRATADO na mesma proporção e competência que ocorrer a dedução no Teto MAC do Município, conforme descrito no art. 2º, parágrafo único da Portaria em Referência.”



CLÁUSULA TERCEIRA

Os efeitos financeiros do presente Termo Aditivo ocorrerão a partir da competência março/2023.

CLÁUSULA QUARTA

Fica prorrogado a vigência do Contrato 001/2019, celebrado em 01/03/2019, para até 31 de maio de 2023.

CLÁUSULA QUINTA

Permanecem inalterados e em vigor as demais cláusulas contratuais originalmente firmadas no Contrato.

E, por assim estarem justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento de Termo de Aditamento, em 03 (três) vias, de igual teor e forma, na presença de testemunhas que também assinam.

Araraquara, 27 de abril de 2022.

ELIANA APARECIDA MORI HONAIN
Secretária Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Araraquara

JÉFERSON LUÍS YASHUDA
Provedor da
Santa Casa de Misericórdia de Araraquara

Testemunhas:

1. _____

2. _____



ANEXO AO TERMO ADITIVO DE RETI-RATIFICAÇÃO Nº 26 AO CONTRATO 01/2019

**FICHA DE PROGRAMAÇÃO FÍSICO-ORÇAMENTÁRIA (F.P.O.)
TETO PRÉ-FIXADO (TABELA SIGTAP/SUS)**

Código	Subgrupo	PROGRAMAÇÃO AMBULATORIAL			
		Qtd. Total (ANO)	Valor Total (ANO)	Qtd. Média Mensal	Valor Médio Mensal
0202	DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO	12.000	R\$ 37.440,00	1.000	R\$ 3.120,00
0205	DIAGNÓSTICO POR ULTRASONOGRAFIA	528	R\$ 9.735,24	44	R\$ 811,27
0211	MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EM ESPECIALIDADES	23.112	R\$ 376.041,72	1.926	R\$ 31.336,81
0301	CONSULTAS* / ATENDIMENTOS / ACOMPANHAMENTOS	24.312	R\$ 258.014,88	2.026	R\$ 21.501,24
0303	TRATAMENTOS CLÍNICOS	2.100	R\$ 191.480,28	175	R\$ 15.956,69
0405	CIRURGIA DO APARELHO DA VISÃO	1.128	R\$ 491.116,92	94	R\$ 40.926,41
TOTAL		63.180	R\$ 1.363.829,04	5.265	R\$ 113.652,42

PROGRAMAÇÃO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA E ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	Qtd. Total (ANO)	Valor Total (ANO)	Qtd. Média Mensal	Valor Médio Mensal
TODOS SUB-GRUPOS OFTALMOLOGIA	120	R\$ 234.883,44	10	R\$ 19.573,62
Total	120	R\$ 234.883,44	10	R\$ 19.573,62

Relação dos procedimentos previstos

Procedimentos (SIGTAP/SUS)	Ambiente
0202020356 BIÓPSIA DE PÁLPEBRA	Ambulatorial
02.02 – PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICO – DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO	Ambulatorial
0205020020 PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA	Ambulatorial
0205020089 ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)	Ambulatorial
0211050121 POTENCIAL EVOCADO VISUAL / OCCIPTO	Ambulatorial
0211060011 BIOMETRIA ULTRASSÔNICA (MONOCULAR)	Ambulatorial
0211060020 BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO	Ambulatorial
0211060054 CERATOMETRIA	Ambulatorial
0211060038 CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO	Ambulatorial
0211060062 CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO 3 MEDIDAS)	Ambulatorial
0211060070 ELETRO-OCULOGRAFIA	Ambulatorial
0211060089 ELETRORETINOGRAMA	Ambulatorial
0211060097 ESTESIOMETRIA	Ambulatorial
0211060100 FUNDOSCOPIA	Ambulatorial
0211060119 GONIOSCOPIA	Ambulatorial
0211060127 MAPEAMENTO DE RETINA COM GRÁFICO	Ambulatorial
0211060135 MEDIDA DE OFUSCAMENTO E CONTRASTE	Ambulatorial
0211060143 MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEIA	Ambulatorial
0211060151 POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	Ambulatorial
0211060160 POTENCIAL VISUAL EVOCADO	Ambulatorial
0211060178 RETINOGRAMA COLORIDA BINOCULAR	Ambulatorial



Procedimentos (SIGTAP/SUS)	Ambiente
0211060186 RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	Ambulatorial
0211060208 TESTE DE PROVOCAÇÃO DE GLAUCOMA	Ambulatorial
0211060216 TESTE DE SCHIRMER	Ambulatorial
0211060224 TESTE DE VISÃO DE CORES	Ambulatorial
0211060232 TESTE ORTÓPTICO	Ambulatorial
0211060240 TESTE P/ ADAPTAÇÃO DE ELNTE E CONTATO	Ambulatorial
0211060259 TONOMETRIA	Ambulatorial
0211060267 TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea	Ambulatorial
0301010072 CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA*	Ambulatorial
0301010102 CONSULTA PARA DIAGNÓSTICO/REAVLIAÇÃO DE GLAUCOMA (TONOMETRIA, FUNDOSCOPIA E CAMPIMETRIA)	Ambulatorial
0302020270 CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO	Hospitalar
0301060029 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Ambulatorial/Hospitalar
0301060061 ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	Ambulatorial/Hospitalar
0303050012 ACOMPANHAMENTO E AVALIACAO DE GLAUCOMA POR FUNDOSCOPIA E TONOMETRIA	Ambulatorial
0303050039 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (1ª LINHA)	Ambulatorial
0303050047 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (2ª LINHA)	Ambulatorial
0303050055 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA BINOCULAR (3ª LINHA)	Ambulatorial
0303050063 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA MONOCULAR (1ª LINHA)	Ambulatorial
0303050071 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (2ª LINHA)	Ambulatorial
0303050080 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR (3ª LINHA)	Ambulatorial
0303050098 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE C/ GLAUCOMA SITUAÇÃO A C/ ACETAZOLAMIDA MONO/BINOCULAR	Ambulatorial
0303050101 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA SITUAÇÃO B COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA MONOCULAR	Ambulatorial
0303050110 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA SITUAÇÃO B COM DISPENSAÇÃO DE PILOCARPINA BINOCULAR	Ambulatorial
0303050136 TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS	Hospitalar
0303050144 TRATAMENTO CLÍNICO DE INTERCORRÊNCIAS OFTALMOLÓGICAS DE ORIGEM INFECCIOSA	Hospitalar
0303050152 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA – 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA – MONOCULAR	Ambulatorial
0303050160 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA – 1ª LINHA ASSOCIADA A 2ª LINHA – BINOCULAR	Ambulatorial
0303050179 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA – 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – MONOCULAR	Ambulatorial
0303050187 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA – 1ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – BINOCULAR	Ambulatorial
0303050195 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA – 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – MONOCULAR	Ambulatorial
0303050209 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA – 2ª LINHA ASSOCIADA A 3ª LINHA – BINOCULAR	Ambulatorial
0303050217 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA MONOCULAR- ASSOCIAÇÃO DE 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	Ambulatorial



Procedimentos (SIGTAP/SUS)	Ambiente
0303050225 TRATAMENTO OFTALMOLÓGICO DE PACIENTE COM GLAUCOMA BINOCULAR – ASSOCIAÇÃO 1ª, 2ª E 3ª LINHAS	Ambulatorial
0308040015 TRATAMENTO DE COMPLICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS OU CLÍNICOS	Hospitalar
0405010010 CORRECAO CIRURGICA DE ENTROPIO E ECTROPIO	Ambulatorial
0405010028 CORREÇÃO CIRURGICA DE PICANTO E TELECANTO	Ambulatorial
0405010036 DACRIOCISTORRINOSTOMIA	Ambulatorial / Hospitalar
0405010044 DRENAGEM DE ABSECESSO DE PÁLPEBRA	Ambulatorial
0405010052 EPILAÇÃO A LASER	Ambulatorial
0405010060 EPILAÇÃO DE CÍLIOS	Ambulatorial
0405010079 EXERESE DE CALAZIO E OUTRAS PEQUENAS LESOES DA PALPEBRA E SUPERCILIOS	Ambulatorial
0405010087 EXTIRPAÇÃO DE GLÂNDULA LACRIMAL	Hospitalar
0405010109 OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL	Ambulatorial
0405010117 RECONSTITUIÇÃO DE CANAL LACRIMAL	Ambulatorial / Hospitalar
0405010125 RECONSTITUIÇÃO PARCIAL DE ALPEBRAS COM TARSORRAFIA	Ambulatorial / Hospitalar
0405010133 RECONSTITUIÇÃO TOTAL DE PÁLPEBRA	Hospitalar
0405010141 SIMBLEFAROPLASTIA	Ambulatorial
0405010168 SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS	Ambulatorial
0405010176 SUTURA DE PÁLPEBRAS	Ambulatorial
0405010184 TRATAMENTO CIRURGICO DE BLEFAROCALASE	Ambulatorial
0405010192 TRATAMENTO CIRÚRGIO DE TRIQUIÍASE COM OU SEM ENXERTO	Ambulatorial
0405010206 PUNCTOPLASTIA	Ambulatorial
0405020015 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE ESTRABISMO (ACIMA 2 MÚSCULOS)	Ambulatorial / Hospitalar
0405020023 CORREÇÃO CIRÚRGICA DO ESTRABISMO (ATÉ 2 MÚSCULOS)	Hospitalar
0405030010 APLICAÇÃO DE PLACA RADIOATIVA EPISCLERAL	Hospitalar
0405030029 BIÓPSIA DE TUMOR INTRA OCULAR	Ambulatorial / Hospitalar
0405030037 CRIOTERAPIA OCULAR	Ambulatorial / Hospitalar
0405030045 FOTOCOAGULACAO A LASER	Ambulatorial
0405030053 INJECAO INTRA-VITREO	Ambulatorial
0405030070 RETINOPEXIA C/ INTROFLEXAO ESCLERAL	Ambulatorial / Hospitalar
0405030096 SUTURA DE ESCLERA	Ambulatorial
0405030100 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURA DE ESCLERA	Ambulatorial / Hospitalar
0405030118 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MIÍASE PALPEBRAL	Ambulatorial / Hospitalar
0405030126 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE NEOPLASIA DE ESCLERA	Ambulatorial
0405030134 VITRECTOMIA ANTERIOR	Ambulatorial
0405030142 VITRECTOMIA POSTERIOR	Hospitalar
0405030150 VITRIOLISE A YAG LASER	Ambulatorial
0405030169 VITRECTOMIA POSTERIORCOM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO E ENDOLASER	Hospitalar
0405030177 VITRECTOMIA POSTERIORCOM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO / ÓLEO DE SILIC/ENDOLASE	Hospitalar
0405030185 TERMOTERAPIA TRANSPUPILAR	Hospitalar
0405030193 PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER	Ambulatorial
0405030207 DRENAGEM DE HEMORRAGIA DE CORÓIDE	Hospitalar
0405030215 RETINOPEXIA PNEUMÁTICA	Ambulatorial
0405030223 REMOÇÃO DE ÓLEO DE SILICONE	Ambulatorial
0405030231 REMOÇÃO DE IMPLANTE EPISCLERAL	Ambulatorial
0405040016 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE LAGOFTALMO	Ambulatorial / Hospitalar
0405040040 DESCOMPRESSÃO DE NERVO ÓPTICO	Hospitalar
0405040059 DESCOMPRESSÃO DE ÓRBITA	Hospitalar
0405040067 ENUCLEAÇÃO DE GLOBO OCULAR	Ambulatorial / Hospitalar
0405040075 EVISCERACAO DE GLOBO OCULAR	Ambulatorial / Hospitalar



Procedimentos (SIGTAP/SUS)	Ambiente
0405040083 EXENTERAÇÃO DE ÓRBITA	Hospitalar
0405040091 EXECERESE DE TUMOR MALIGNO INTRA-OCULAR	Hospitalar
0405040105 EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	Ambulatorial / Hospitalar
0405040130 INJEÇÃO RETROBULBAR / PERIBULBAR	Ambulatorial
0405040148 ORBITOTOMIA	Hospitalar
0405040156 RECONSTITUIÇÃO DE CAVIDADE ORBITÁRIA	Hospitalar
0405040164 RECONSTITUIÇÃO DE PAREDE DE ÓRBITA	Hospitalar
0405040180 TRANSPLANTE DE PERIOSTEO EM ESCLEROMALACIA	Hospitalar
0405040199 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE XANTELASMA	Ambulatorial / Hospitalar
0405040202 TRATAMENTO DE PTOSE PALPEBRAL	Ambulatorial
0405040210 REPOSICIONAMENTO DE LENTE INTRAOCULAR	Ambulatorial
0405050011 CAPSULECTOMIA POSTERIOR CIRÚRGICA	Ambulatorial / Hospitalar
0405050020 CAPSULOTOMIA A YAG LASER	Ambulatorial
0405050038 CAUTERIZACAO DE CORNEA	Ambulatorial
0405050046 CICLOCRIOCOAGULACAO / DIATERMIA	Ambulatorial
0405050054 CICLODIÁLISE	Ambulatorial / Hospitalar
0405050062 CORRECAO DE ASTIGMATISMO SECUNDARIO	Ambulatorial
0405050070 CORREÇÃO CIRÚRGICA DE HÉRNIA DE ÍRIS	Ambulatorial
0405050089 EXERESE DE TUMOR DE CONJUNTIVA	Ambulatorial
0405050097 FACECTOMIA C/ IMLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	Ambulatorial / Hospitalar
0405050100 FACECTOMIA S/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR	Ambulatorial / Hospitalar
0405050127 FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER	Ambulatorial
0405050135 IMPLANTE DE PRÓTESE ANTI-GLAUCOMATOSA	Hospitalar
0405050143 IMPLANTE INTRA-ESTROMAL	Ambulatorial / Hospitalar
0405050151 IMPLANTE SECUNDARIO DE LENTE INTRA-OCULAR – LIO	Ambulatorial / Hospitalar
0405050160 INJECAO SUBCONJUTIVAL / SUBTENONIANA	Ambulatorial
0405050178 IRIDECTOMIA CIRÚRGICA	Ambulatorial
0405050186 IRIDOCICLECTOMIA	Hospitalar
0405050194 IRIDOTOMIA A LASER	Ambulatorial
0405050208 PARACENTESE DE CAMARA ANTERIOR	Ambulatorial
0405050216 RECOBRIMENTO CONJUNTIVAL	Ambulatorial / Hospitalar
0405050224 RECONSTITUIÇÃO DE FORNIX CONJUNTIVAL	Ambulatorial / Hospitalar
0405050232 RECONSTITUIÇÃO DE CÂMARA ANTERIOR DO OLHO	Hospitalar
0405050240 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAMADA ANTERIOR DO OLHO	Ambulatorial
0405050259 RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	Ambulatorial
0405050267 SINEQUIOLISE A YAG LASER	Ambulatorial
0405050283 SUBSTITUIÇÃO DE LENTE INTRA-OCULAR	Ambulatorial
0405050291 SUTURA DE CONJUNTIVA	Ambulatorial
0405050305 SUTURA DE CORNEA	Ambulatorial
0405050313 TOPOPLASTIA DO TRANSPLANTE	Hospitalar
0405050321 TRABECULECTOMIA	Ambulatorial
0405050356 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE GLAUCOMA CONGÊNITO	Hospitalar
0405050364 TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	Ambulatorial
0405050372 FACOEMULSIFICACAO C/ IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	Ambulatorial
0405050380 CIRURGIA DE CATARATA CONGÊNITA	Hospitalar
0405050399 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DEISCÊNCIA DE SUTURAR DE Córnea	Ambulatorial / Hospitalar
0405050402 RADIAÇÃO PARA CROSS LINKING CORNEANO	Ambulatorial
0503010014 AÇÕES RELACIONADAS A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAR**	Ambulatorial / Hospitalar
0503010022 AÇÕES RELACIONADA A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS, TECIDOS E CÉLULAS REALIZADAS POR EQUIPE DE OUTRO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**	Ambulatorial / Hospitalar
0503030058 RETIRADA DE GLOBO OCULAR UNI / BILATERAL (P/TRANSPLANTE)**	Ambulatorial / Hospitalar



* 600 (seiscentas) consultas ao mês serão para avaliação inicial, devendo ser disponibilizadas para agendamento no Sistema Informatizado de Regulação e Agendamento do Município de Araraquara ou no SIRESP – Sistema de Regulação do Estado de São Paulo (Portal CROSS ou outro que venha a substituí-lo), que disponibilizará as vagas, proporcionalmente, para os municípios de referência. Findo o prazo inicial de agendamento no Sistema, as vagas remanescentes serão disponibilizadas em regime de “Bolsão” – agendamento livre dos municípios para ocupação das Vagas. Caso não sejam preenchidas as vagas, o Serviço de Oftalmologia da Santa Casa poderá utilizar as vagas remanescentes de “primeira consulta” para consultas de retorno.

** Os procedimentos relacionados a doação de órgãos e transplantes tem seu financiamento via Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (recurso Federal extrateto).