

OFTALMO													
CONSULTAS/EXAMES	JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO	TOTAL
BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	46	71	35	84	0	37							273
BIOMICROSCOPIA DE FUNDO DE OLHO ©	651	409	881	971	1031	772							4715
CAMPIMETRIA COMP OU MANUAL COM GRAFICO	32	13	23	56	49	42							215
CERATOMETRIA - TOPOGRAFIA CERATOMETRIA	46	71	35	84	0	37							273
CURVA DIARIA DE PRESSAO OCULAR CDPO M3MED	39	11	37	46	40	33							206
FUNDOSCOPIA	651	409	881	971	1031	772							4715
GONIOSCOPIA	24	12	19	39	35	31							160
MAPEAMENTO DE RETINA COM GRAFICO	202	114	293	377	456	252							1694
MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA	50	12	44	80	62	55							303
POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	36	21	35	32	39	40							203
RETINOGRAFIA COLORIDA BINOCULAR (I)	28	21	21	40	31	27							168
RETINOGRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR	28	18	11	20	19	19							115
TONOMETRIA	651	409	881	971	1031	772							4715
TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CORNEA	8	3	6	16	19	19							71
FOTOCOAGULACAO A LASER	12	4	9	20	5	5							55
CAPSULOTOMIA A YAG LASER	61	28	50	45	52	49							285
IRIDOTOMIA A LASER	2	0	0	3	1	3							9
TRABECULECTOMIA	0	0	0	3	0	0							3
TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	0	10	0	12	0	0							22
EXPLANTE DE LENTE INTRA OCULAR	0	0	0	0	0	0							0
INJECAO INTRA-VITREO	20	12	39	37	39	45							192
FACOEMULSIFICACAO C IMPL DE LENTE INTRA OCULAR DOBRAVEL	31	64	22	97	70	42							326
INJECAO SUBCONJUTIVAL	31	64	22	97	70	42							326
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	651	409	881	971	1031	772							4715
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM CORNEA	28	18	44	35	33	32							190
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM RETINA	50	16	44	70	61	69							310
CONSULTA MÉDICA PRÉ OPERATÓRIA	75	64	64	70	57	57							387
OCT- TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA	50	50	58	64	58	79							359
TOMOGRAFIA DE CORNEA	5	9	4	9	7	5							39
PAQUIMETRIA													0
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA - MONOCULAR	5	0	5	7	2	5							24
ULTRASSONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA - BINOCULAR	32	38	30	34	0	38							172
VITRECTOMIA POSTERIOR COM INFUSÃO DE PERFLUOCARBONO/ÓLEO DE SILICONE/ENDOLASER	1	0	0	1	0	0							2
CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA/ESTRABISMO	16	15	29	33	24	29							146
CROSSLINK	0	0	1	1	0	0							2
ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO ESCLERAIS	4	3	0	8	4	0							19
ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO ESPECIAIS DE CORNEAS IRREGULARES	2	3	4	0	1	2							12
TESTE DE LENTE DE CONTATO PARA CORNEA	3	3	2	4	4	2							18