

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
 Tipo de Conta: ( 10630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
 Paciente: Todos Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador  
 Período: de 01/08/2023 até 31/08/2023 Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

**(0204020034) RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBLÍQUAS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	8,33	16,67	25,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8,33</b>	<b>16,67</b>	<b>25,00</b>

**(0204020077) RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA (C/OBLÍQUAS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	14,90	10,10	25,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14,90</b>	<b>10,10</b>	<b>25,00</b>

**(0205020046) ULTRA-SONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	1	1	37,95	20,00	57,95
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>37,95</b>	<b>20,00</b>	<b>57,95</b>

**(0205020062) ULTRA-SONOGRAFIA DE ARTICULACAO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	1	1	24,20	20,00	44,20
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24,20</b>	<b>20,00</b>	<b>44,20</b>

**(0205020186) ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	1	1	24,20	20,00	44,20
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>24,20</b>	<b>20,00</b>	<b>44,20</b>

**(0206010028) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA LOMBO-SACRA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	3	3	303,30	205,05	508,35
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>303,30</b>	<b>205,05</b>	<b>508,35</b>

**(0206010044) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DE FACE /ARTICULAÇÃOESTEMPOROMANDIBULARES**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	2	2	173,50	136,72	310,22
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>173,50</b>	<b>136,72</b>	<b>310,22</b>

**(0206010079) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	23	23	2241,12	1572,05	3813,17
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	97,44	68,35	165,79
<b>Total:</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>2338,56</b>	<b>1640,40</b>	<b>3978,96</b>

**(0206020031) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	9	9	1227,69	615,15	1842,84
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>1227,69</b>	<b>615,15</b>	<b>1842,84</b>

**(0206030010) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN SUPERIOR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	15	15	2079,45	1025,25	3104,70
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	2	2	277,26	136,70	413,96
<b>Total:</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>2356,71</b>	<b>1161,95</b>	<b>3518,66</b>

**CISAMFRI**  
**Resumo dos Procedimentos**

**Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento**  
**Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos**  
**Paciente: Todos Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador**  
**Período: de 01/08/2023 até 31/08/2023 Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos**

**(0206030037) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE OU BACIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	18	18	2495,34	1230,30	3725,64
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	2	2	277,26	136,70	413,96
<b>Total:</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>2772,60</b>	<b>1367,00</b>	<b>4139,60</b>

**(0207030014) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	268,75	77,18	345,93
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>268,75</b>	<b>77,18</b>	<b>345,93</b>

**(0207030022) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	268,75	77,18	345,93
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>268,75</b>	<b>77,18</b>	<b>345,93</b>

**(0211020060) TESTE ERGOMETRICO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
C.H.M SERVIÇOS MEDICOS LTDA - CAMBORIÚ CARDIO	4	4	120,00	368,00	488,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>120,00</b>	<b>368,00</b>	<b>488,00</b>

**(0211060011) BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	2	2	48,48	0,00	48,48
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>48,48</b>	<b>0,00</b>	<b>48,48</b>

**(0211060259) TONOMETRIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	1	1	3,37	0,00	3,37
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3,37</b>	<b>0,00</b>	<b>3,37</b>

**(0211080055) PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COM BRONCODILATADOR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	35	35	222,60	1877,40	2100,00
<b>Total:</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>222,60</b>	<b>1877,40</b>	<b>2100,00</b>

**(0405050372) FACOEMULSIFICACAO (CATARATA)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	2	2	1543,20	0,00	1543,20
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1543,20</b>	<b>0,00</b>	<b>1543,20</b>

**(4615) ELETRONEUROMIOGRAFIA ADULTA/PEDIÁTRICA (ENMG) SEM SEDAÇÃO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	4	4	0,00	800,00	800,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0,00</b>	<b>800,00</b>	<b>800,00</b>

**(4616) ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	1	1	0,00	160,00	160,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>160,00</b>	<b>160,00</b>

**CISAMFRI**  
**Resumo dos Procedimentos**

**Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento**  
**Tipo de Conta: ( 10630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos**  
**Paciente: Todos Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador**  
**Período: de 01/08/2023 até 31/08/2023 Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos**

**(4617) COLONOSCOPIA (COLONOSCOPIA, RETOSSIGMOIDOSCOPIA, BIÓPSIA, RE**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIFÁCIL SAÚDE	16	16	0,00	5600,00	5600,00
<b>Total:</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0,00</b>	<b>5600,00</b>	<b>5600,00</b>

**(4618) ENDOSCOPIA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA, H-PYLORI, BIOPSIA)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIFÁCIL SAÚDE	5	5	0,00	750,00	750,00
<b>Total:</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0,00</b>	<b>750,00</b>	<b>750,00</b>

**(4620) ECODOPPLER COLORIDO DE CARÓTIDAS (BILATERAL)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	1	1	0,00	160,00	160,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>160,00</b>	<b>160,00</b>

**(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	0,00	140,00	140,00
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	2	2	0,00	140,00	140,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0,00</b>	<b>280,00</b>	<b>280,00</b>

**(4640) CONSULTA ENDOCRINOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	1	1	0,00	70,00	70,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>70,00</b>	<b>70,00</b>

**(4643) CONSULTA GASTRO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>70,00</b>	<b>70,00</b>

**(4650) ELETROENCEFALOGRAMA PEDIÁTRICA SEM SEDAÇÃO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
DOUTOR MED SERVIÇOS MÉDICOS (MILCLIN)	2	2	0,00	147,28	147,28
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,00</b>	<b>147,28</b>	<b>147,28</b>

**(4651) ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA ADULTO/PEDIATRICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	15	15	0,00	1275,00	1275,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	1	1	0,00	85,00	85,00
<b>Total:</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0,00</b>	<b>1360,00</b>	<b>1360,00</b>

**(4664) CONSULTA REUMATOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CUIDAR CLINICA DE ESPECIALIDADES LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>70,00</b>	<b>70,00</b>

**(4667) CONSULTA OFTALMOLOGIA (CONSULTA+ MAPEAMENTO + TONOMETRIA)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	6	6	0,00	420,00	420,00
<b>Total:</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0,00</b>	<b>420,00</b>	<b>420,00</b>

**CISAMFRI**  
**Resumo dos Procedimentos**

**Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento**  
**Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos**  
**Paciente: Todos Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador**  
**Período: de 01/08/2023 até 31/08/2023 Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos**

**(4686) ANGIORESSONANCIA CEREBRAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	0,00	345,93	345,93
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>345,93</b>	<b>345,93</b>

**(4691) ANGIOTOMOGRAFIA CRANIO/CERVICAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	0,00	551,28	551,28
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>551,28</b>	<b>551,28</b>

**(4693) ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL PULMONAR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	0,00	551,28	551,28
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>551,28</b>	<b>551,28</b>

**(4694) ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	0,00	551,28	551,28
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>551,28</b>	<b>551,28</b>

**(4810) ULTRA-SONOGRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	1	1	0,00	44,20	44,20
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>44,20</b>	<b>44,20</b>

**(897) CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA UROLOGICA BLUMENAU - UROPRIME	1	1	18,00	224,00	242,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>18,00</b>	<b>224,00</b>	<b>242,00</b>
<b>Total Geral:</b>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>11775,09</b>	<b>19768,05</b>	<b>31543,14</b>