

**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: ( 100743 ) LUIZ ALVES Procedimento: Todos Período: de 01/12/2023 até 31/12/2023**  
**Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos**

**(4622) ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE AORTA E ARTERIAS RENAIS**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
ICR DIAGNOSTICO POR IMAGEM	1	1	0,00	250,00	250,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>250,00</b>	<b>250,00</b>

**(4626) CONSULTA ANESTESIOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
(ENCERRADO) INSTITUTO ADONHIRAM DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	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>

**(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA**

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>
<b>Total Geral:</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0,00</b>	<b>740,00</b>	<b>740,00</b>