

**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: ( 100747 ) PENHA 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**

**(0202010120) DOSAGEM DE ACIDO URICO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	1,85	0,00	1,85
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1,85</b>	<b>0,00</b>	<b>1,85</b>

**(0202010201) DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	2,01	0,00	2,01
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2,01</b>	<b>0,00</b>	<b>2,01</b>

**(0202010228) DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	3,51	0,00	3,51
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3,51</b>	<b>0,00</b>	<b>3,51</b>

**(0202010317) DOSAGEM DE CREATININA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	9	9	16,65	0,00	16,65
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>16,65</b>	<b>0,00</b>	<b>16,65</b>

**(0202010368) DOSAGEM DE DESIDROGENASE LATICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	3,68	0,00	3,68
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3,68</b>	<b>0,00</b>	<b>3,68</b>

**(0202010384) DOSAGEM DE FERRITINA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	15,59	0,00	15,59
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15,59</b>	<b>0,00</b>	<b>15,59</b>

**(0202010392) DOSAGEM DE FERRO SERICO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	3,51	0,00	3,51
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3,51</b>	<b>0,00</b>	<b>3,51</b>

**(0202010406) DOSAGEM DE FOLATO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	15,65	0,00	15,65
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15,65</b>	<b>0,00</b>	<b>15,65</b>

**(0202010465) DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	3,51	0,00	3,51
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3,51</b>	<b>0,00</b>	<b>3,51</b>

**(0202010473) DOSAGEM DE GLICOSE**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	7	7	12,95	0,00	12,95
<b>Total:</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>12,95</b>	<b>0,00</b>	<b>12,95</b>

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: ( 100747 ) PENHA 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

**(0202010643) DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	2,01	0,00	2,01
Total:	1	1	2,01	0,00	2,01

**(0202010651) DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	2,01	0,00	2,01
Total:	1	1	2,01	0,00	2,01

**(0202010660) DOSAGEM DE TRANSFERRINA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	4,12	0,00	4,12
Total:	1	1	4,12	0,00	4,12

**(0202010694) DOSAGEM DE UREIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	2	2	3,70	0,00	3,70
Total:	2	2	3,70	0,00	3,70

**(0202010708) DOSAGEM DE VITAMINA B12**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	15,24	0,00	15,24
Total:	1	1	15,24	0,00	15,24

**(0202010724) ELETROFORESE DE PROTEINAS**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	4,42	0,00	4,42
Total:	1	1	4,42	0,00	4,42

**(0202020134) DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	6	6	34,62	0,00	34,62
Total:	6	6	34,62	0,00	34,62

**(0202020142) DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	10	10	27,30	0,00	27,30
Total:	10	10	27,30	0,00	27,30

**(0202020150) DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTACAO (VHS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	2,73	0,00	2,73
Total:	1	1	2,73	0,00	2,73

**(0202020380) HEMOGRAMA COMPLETO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	11	11	45,21	0,00	45,21
Total:	11	11	45,21	0,00	45,21

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: ( 100747 ) PENHA 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

**(0202030300) PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	10,00	0,00	10,00
Total:	1	1	10,00	0,00	10,00

**(0202030636) PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	18,55	0,00	18,55
Total:	1	1	18,55	0,00	18,55

**(0202030784) PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGG)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	18,55	0,00	18,55
Total:	1	1	18,55	0,00	18,55

**(0202030822) PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	17,16	0,00	17,16
Total:	1	1	17,16	0,00	17,16

**(0202030890) PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	18,55	0,00	18,55
Total:	1	1	18,55	0,00	18,55

**(0202030938) PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS DA VARICELA-HERPES ZOSTER**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	17,16	0,00	17,16
Total:	1	1	17,16	0,00	17,16

**(0202030970) PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	18,55	0,00	18,55
Total:	1	1	18,55	0,00	18,55

**(0202060250) DOSAGEM DE HORMONIO TIREOESTIMULANTE (TSH)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	8,96	0,00	8,96
Total:	1	1	8,96	0,00	8,96

**(0202060381) DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	11,60	0,00	11,60
Total:	1	1	11,60	0,00	11,60

**(0202070255) DOSAGEM DE LITIO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
FAITA LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS	1	1	2,25	0,00	2,25
Total:	1	1	2,25	0,00	2,25

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: ( 100747 ) PENHA 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

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM PIÇARRAS	2	2	48,40	40,00	88,40
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>48,40</b>	<b>40,00</b>	<b>88,40</b>

**(0211020036) ELETROCARDIOGRAMA (ECG)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	1	1	5,15	46,85	52,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5,15</b>	<b>46,85</b>	<b>52,00</b>

**(0211020052) MAPA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	2	2	20,14	287,86	308,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>20,14</b>	<b>287,86</b>	<b>308,00</b>

**(4626) CONSULTA ANESTESIOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
(ENCERRADO) INSTITUTO ADONHIRAM DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	16	16	0,00	1120,00	1120,00
<b>Total:</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0,00</b>	<b>1120,00</b>	<b>1120,00</b>

**(4628) CONSULTA GINECOLÓGICA**

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

**(4632) CONSULTA ORTOPEDISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
(ENCERRADO) INSTITUTO ADONHIRAM DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	16	16	0,00	1120,00	1120,00
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	6	6	0,00	420,00	420,00
<b>Total:</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>0,00</b>	<b>1540,00</b>	<b>1540,00</b>

**(4633) CONSULTA CIRURGIÃO GERAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
(ENCERRADO) INSTITUTO ADONHIRAM DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	72	72	0,00	5040,00	5040,00
<b>Total:</b>	<b>72</b>	<b>72</b>	<b>0,00</b>	<b>5040,00</b>	<b>5040,00</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>

**(4638) CONSULTA UROLOGISTA**

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

**(4664) CONSULTA REUMATOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CUIDAR CLINICA DE ESPECIALIDADES LTDA	7	7	0,00	490,00	490,00
<b>Total:</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0,00</b>	<b>490,00</b>	<b>490,00</b>

**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: ( 100747 ) PENHA 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**

**(4666) CONSULTA NEFROLOGISTA AD/PED**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
COOPERATIVA MÉDICA COOPER BRASIL (CLÍNICA LUCHTENBERG)	4	4	0,00	280,00	280,00
Total:	4	4	0,00	280,00	280,00

**(4679) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA**

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
Total:	1	1	0,00	345,93	345,93
Total Geral:	201	201	435,29	9540,64	9975,93