

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
Conorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Paciente: Todos Procedimento: Todos Período: de 01/10/2023 até 31/10/2023  
Tipo de Resumo: Prestador 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
Total:	1	1	8,33	16,67	25,00

**(0204020069) RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	3	3	32,88	42,12	75,00
Total:	3	3	32,88	42,12	75,00

**(0204020107) RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	9,73	15,27	25,00
Total:	1	1	9,73	15,27	25,00

**(0204030145) RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LATERAL+OBLÍQUAS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	3	3	36,06	38,94	75,00
Total:	3	3	36,06	38,94	75,00

**(0204040019) RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	6,42	18,58	25,00
Total:	1	1	6,42	18,58	25,00

**(0204040094) RADIOGRAFIA DE MÃO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	4	4	25,20	74,80	100,00
Total:	4	4	25,20	74,80	100,00

**(0204040116) RADIOGRAFIA DE OMOPLATA/OMBRO ( 3 POSIÇÕES)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	15,96	34,04	50,00
Total:	2	2	15,96	34,04	50,00

**(0204040124) RADIOGRAFIA DE PUNHO ( AP+LATERAL+OBLÍQUAS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	3	3	20,73	54,27	75,00
Total:	3	3	20,73	54,27	75,00

**(0204060060) RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	7,77	17,23	25,00
Total:	1	1	7,77	17,23	25,00

**(0204060087) RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	6,50	18,50	25,00
Total:	1	1	6,50	18,50	25,00

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
 Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
 Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Paciente: Todos Procedimento: Todos Período: de 01/10/2023 até 31/10/2023  
 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

**(0204060125) RADIOGRAFIA DE JOELHO ( AP+ LATERAL)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	4	4	27,12	72,88	100,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>27,12</b>	<b>72,88</b>	<b>100,00</b>

**(0204060150) RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	4	4	27,12	72,88	100,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>27,12</b>	<b>72,88</b>	<b>100,00</b>

**(0204060168) RADIOGRAFIA DE PERNA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	8,94	16,06	25,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8,94</b>	<b>16,06</b>	<b>25,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	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>

**(0205020100) ULTRA-SONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	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>

**(0206010010) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	1	1	86,76	68,35	155,11
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>86,76</b>	<b>68,35</b>	<b>155,11</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	1	1	101,10	68,35	169,45
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>101,10</b>	<b>68,35</b>	<b>169,45</b>

**(0206010079) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	14	14	1364,16	956,90	2321,06
<b>Total:</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>1364,16</b>	<b>956,90</b>	<b>2321,06</b>

**(0206020031) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	4	4	545,64	273,40	819,04
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	136,41	68,35	204,76
<b>Total:</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>682,05</b>	<b>341,75</b>	<b>1023,80</b>

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
 Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
 Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Paciente: Todos Procedimento: Todos Período: de 01/10/2023 até 31/10/2023  
 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação: Paga SubGrupo: Todos

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

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>

**(0206030029) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DAS ARTICULAÇÕES MEMBRO INFERIOR (SACRO-ILIACO, COXO-FEMURAIS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	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>

**(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	19	19	2633,97	1298,65	3932,62
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	2	2	277,26	136,70	413,96
<b>Total:</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>2911,23</b>	<b>1435,35</b>	<b>4346,58</b>

**(021102004) MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	7	7	210,00	630,00	840,00
<b>Total:</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>210,00</b>	<b>630,00</b>	<b>840,00</b>

**(0211020052) MAPA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	12	12	120,84	1727,16	1848,00
<b>Total:</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>120,84</b>	<b>1727,16</b>	<b>1848,00</b>

**(0211020060) TESTE ERGOMETRICO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	6	6	180,00	552,00	732,00
<b>Total:</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>180,00</b>	<b>552,00</b>	<b>732,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	5	5	31,80	268,20	300,00
<b>Total:</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>31,80</b>	<b>268,20</b>	<b>300,00</b>

**(1039) AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA UROLOGICA BLUMENAU - UROPRIME	1	1	7,62	330,90	338,52
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7,62</b>	<b>330,90</b>	<b>338,52</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	0,00	700,00	700,00
MEDIFÁCIL SAÚDE	7	7	0,00	2450,00	2450,00
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>0,00</b>	<b>3150,00</b>	<b>3150,00</b>

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
 Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
 Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Paciente: Todos Procedimento: Todos Período: de 01/10/2023 até 31/10/2023  
 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	0,00	300,00	300,00
MEDIFÁCIL SAÚDE	7	7	0,00	1050,00	1050,00
Total:	9	9	0,00	1350,00	1350,00

**(4623) ULTRA-SONOGRAFIA ECODOPPLER DE AORTA E ARTERIAS ABDOMINAIS**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	1	1	0,00	300,00	300,00
Total:	1	1	0,00	300,00	300,00

**(4628) CONSULTA GINECOLÓGICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
Total:	1	1	0,00	70,00	70,00

**(4629) CONSULTA PSICOLÓGICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	6	6	0,00	420,00	420,00
Total:	6	6	0,00	420,00	420,00

**(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	3	3	0,00	210,00	210,00
Total:	3	3	0,00	210,00	210,00

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	50	50	0,00	4250,00	4250,00
Total:	50	50	0,00	4250,00	4250,00

**(4654) MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CARDIOMED PRESTADORA DE SERVIÇOS MÉDICOS	1	1	0,00	120,00	120,00
Total:	1	1	0,00	120,00	120,00

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
Total:	1	1	0,00	70,00	70,00

**(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
Total:	1	1	0,00	345,93	345,93

**(4771) ULTRA-SONOGRAFIA DE MAMAS COM AXILAS**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIFÁCIL SAÚDE	2	2	0,00	176,80	176,80
Total:	2	2	0,00	176,80	176,80

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  
Consortiado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Paciente: Todos Procedimento: Todos Período: de 01/10/2023 até 31/10/2023  
Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação: Paga SubGrupo: Todos

(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
Total:	1	1	0,00	44,20	44,20
Total Geral:	212	212	8960,77	18941,85	27902,62