

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
 Tipo de Conta: ( 10630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
 Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Paciente: Todos Procedimento: Todos Período: de 01/09/2023 até 30/09/2023  
 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

**(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	2	2	202,20	136,70	338,90
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>202,20</b>	<b>136,70</b>	<b>338,90</b>

**(0206010079) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	22	22	2143,68	1503,70	3647,38
<b>Total:</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>2143,68</b>	<b>1503,70</b>	<b>3647,38</b>

**(0206020031) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	6	6	818,46	410,10	1228,56
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	1	1	136,41	68,35	204,76
<b>Total:</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>954,87</b>	<b>478,45</b>	<b>1433,32</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	8	8	1109,04	546,80	1655,84
<b>Total:</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>1109,04</b>	<b>546,80</b>	<b>1655,84</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM CAMBORIÚ LTDA/ MEDIMAGEM	1	1	86,75	68,36	155,11
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	2	2	173,50	136,72	310,22
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>260,25</b>	<b>205,08</b>	<b>465,33</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	10	10	1386,30	683,50	2069,80
<b>Total:</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>1386,30</b>	<b>683,50</b>	<b>2069,80</b>

**(0208010025) CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO/PERFUSAO – ESTRESSE (MINIMO 03 PRJ)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
GAMA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA (NUCLIE MEDICINA NUCLEAR)	2	2	817,04	0,00	817,04
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>817,04</b>	<b>0,00</b>	<b>817,04</b>

**(0208010033) CINTILOGRAFIA DO MIOCARDIO/PERFUSAO – REPOUSO (MINIMO 03 PROJ)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
GAMA DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA (NUCLIE MEDICINA NUCLEAR)	2	2	766,14	0,00	766,14
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>766,14</b>	<b>0,00</b>	<b>766,14</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 01/09/2023 até 30/09/2023  
 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação: Paga SubGrupo: Todos

**(0211020060) TESTE ERGOMETRICO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
C.H.M SERVIÇOS MEDICOS LTDA - CAMBORIÚ CARDIO	1	1	30,00	92,00	122,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>30,00</b>	<b>92,00</b>	<b>122,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	12	12	76,32	643,68	720,00
<b>Total:</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>76,32</b>	<b>643,68</b>	<b>720,00</b>

**(1853) LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA (ONDA DE CHOQUE PARCIAL / COMPLETA EM 2 REGIOES RENAIIS)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA UROLOGICA BLUMENAU - UROPRIME	1	1	150,50	526,75	677,25
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>150,50</b>	<b>526,75</b>	<b>677,25</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIFÁCIL SAÚDE	14	14	0,00	4900,00	4900,00
<b>Total:</b>	<b>14</b>	<b>14</b>	<b>0,00</b>	<b>4900,00</b>	<b>4900,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIFÁCIL SAÚDE	16	16	0,00	2400,00	2400,00
<b>Total:</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0,00</b>	<b>2400,00</b>	<b>2400,00</b>

**(4629) CONSULTA PSICOLÓGICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA 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>

**(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	5	5	0,00	350,00	350,00
<b>Total:</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0,00</b>	<b>350,00</b>	<b>350,00</b>

**(4640) CONSULTA ENDOCRINOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CENTRO DE SAÚDE FELIZMED (BC)	1	1	0,00	70,00	70,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	3	3	0,00	210,00	210,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0,00</b>	<b>280,00</b>	<b>280,00</b>

**(4642) CONSULTA PSIQUIATRIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CENTRO DE SAÚDE FELIZMED (BC)	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>

**(4648) ELETROENCEFALOGRAMA ADULTA SEM SEDAÇÃO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	1	1	0,00	73,64	73,64
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>73,64</b>	<b>73,64</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 01/09/2023 até 30/09/2023  
 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação: Paga SubGrupo: Todos

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	4	4	0,00	340,00	340,00
CENTRO DE SAÚDE FELIZMED (BC)	1	1	0,00	85,00	85,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	1	1	0,00	85,00	85,00
<b>Total:</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0,00</b>	<b>510,00</b>	<b>510,00</b>

**(4664) CONSULTA REUMATOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CUIDAR CLINICA DE ESPECIALIDADES LTDA	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>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	1	1	0,00	70,00	70,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	2	2	0,00	140,00	140,00
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0,00</b>	<b>210,00</b>	<b>210,00</b>

**(4686) ANGIORESSONANCIA CEREBRAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	3	3	0,00	1037,79	1037,79
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0,00</b>	<b>1037,79</b>	<b>1037,79</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>

**(4764) PEAT - BERA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	1	1	0,00	150,00	150,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>150,00</b>	<b>150,00</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>130</b>	<b>130</b>	<b>8001,10</b>	<b>15851,72</b>	<b>23852,82</b>