

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
Consortiado: ( 100737 ) ILHOTA 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

**(0205020143) ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA SÃO MARCOS LTDA	7	7	169,40	140,00	309,40
Total:	7	7	169,40	140,00	309,40

**(0205020151) ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA SÃO MARCOS LTDA	1	1	39,60	82,40	122,00
Total:	1	1	39,60	82,40	122,00

**(0205020186) ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA SÃO MARCOS LTDA	8	8	193,60	160,00	353,60
Total:	8	8	193,60	160,00	353,60

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM PIÇARRAS	1	1	138,63	68,35	206,98
Total:	1	1	138,63	68,35	206,98

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM PIÇARRAS	1	1	138,63	68,35	206,98
Total:	1	1	138,63	68,35	206,98

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA SÃO MARCOS LTDA	1	1	268,75	77,18	345,93
Total:	1	1	268,75	77,18	345,93

**(0207030030) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA SÃO MARCOS LTDA	1	1	268,75	77,18	345,93
Total:	1	1	268,75	77,18	345,93

**(0211020052) MAPA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CUIDAR CLINICA DE ESPECIALIDADES LTDA	2	2	20,14	287,86	308,00
Total:	2	2	20,14	287,86	308,00

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CENTRO DE SAÚDE FELIZMED (BC)	1	1	0,00	200,00	200,00
Total:	1	1	0,00	200,00	200,00

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIFÁCIL SAÚDE	1	1	0,00	150,00	150,00
Total:	1	1	0,00	150,00	150,00

**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**  
**Consortiado: ( 100737 ) ILHOTA 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**

**(4626) CONSULTA ANESTESIOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
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>

**(4632) CONSULTA ORTOPEDISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
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>

**(4635) CONSULTA DERMATOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CENTRO DE SAÚDE FELIZMED (BC)	13	13	0,00	910,00	910,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	3	3	0,00	210,00	210,00
<b>Total:</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0,00</b>	<b>1120,00</b>	<b>1120,00</b>

**(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	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>

**(4640) CONSULTA ENDOCRINOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	3	3	0,00	210,00	210,00
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0,00</b>	<b>210,00</b>	<b>210,00</b>

**(4642) CONSULTA PSIQUIATRIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
AME CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
CENTRO DE SAÚDE FELIZMED (BC)	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>

**(4643) CONSULTA GASTRO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA HOERLLE LTDA	16	16	0,00	1120,00	1120,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
<b>Total:</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>0,00</b>	<b>1190,00</b>	<b>1190,00</b>

**(4645) CONSULTA VASCULAR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	3	3	0,00	210,00	210,00
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0,00</b>	<b>210,00</b>	<b>210,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
AME CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA LTDA	1	1	0,00	85,00	85,00
CAMBORIÚMED CLÍNICA MÉDICA LTDA	8	8	0,00	680,00	680,00
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>0,00</b>	<b>765,00</b>	<b>765,00</b>

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
Consortiado: ( 100737 ) ILHOTA 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

**(4665) CONSULTA PNEUMOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	2	2	0,00	140,00	140,00
Total:	2	2	0,00	140,00	140,00

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	21	21	0,00	1470,00	1470,00
Total:	21	21	0,00	1470,00	1470,00
Total Geral:	127	127	1237,50	8656,32	9893,82