

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
Tipo de Conta: ( 771493 ) 03.2023 MAC GERAL Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
Conorciado: ( 100744 ) NAVEGANTES 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

**(0101007226) CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - OFTALMOLOGIA**

| Prestador                                     | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|---|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA DE OLHOS DR. ROBERTO VON HERTWIG LTDA | 1          | 1          | 10,00     | 80,00        | 90,00       |
| Total:  | 1          | 1          | 10,00     | 80,00        | 90,00       |

**(0101007237) CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA INFANTIL**

| Prestador                     | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CENTRO DE SAÚDE FELIZMED (BC) | 2          | 2          | 20,00     | 220,00       | 240,00      |
| Total:                        | 2          | 2          | 20,00     | 220,00       | 240,00      |

**(0201010410) BIOPSIA DE PROSTATA**

| Prestador                         | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-----------------------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CEDIPI SERVIÇOS RADIOLOGICOS LTDA | 2          | 2          | 184,76    | 596,04       | 780,80      |
| Total:                            | 2          | 2          | 184,76    | 596,04       | 780,80      |

**(0201010585) PUNÇÃO (PAAF) ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA**

| Prestador                         | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-----------------------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CEDIPI SERVIÇOS RADIOLOGICOS LTDA | 9          | 9          | 598,32    | 3001,68      | 3600,00     |
| Total:                            | 9          | 9          | 598,32    | 3001,68      | 3600,00     |

**(0205020089) ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ORBITA (MONOCULAR)**

| Prestador              | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|------------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| AFFINITE - M.B. EXAMES | 12         | 12         | 290,40    | 0,00         | 290,40      |
| Total:                 | 12         | 12         | 290,40    | 0,00         | 290,40      |

**(0206010010) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA CERVICAL**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 1          | 1          | 86,76     | 130,00       | 216,76      |
| Total:            | 1          | 1          | 86,76     | 130,00       | 216,76      |

**(0206010079) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 8          | 8          | 779,52    | 1040,00      | 1819,52     |
| Total:            | 8          | 8          | 779,52    | 1040,00      | 1819,52     |

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

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 2          | 2          | 277,26    | 260,00       | 537,26      |
| Total:            | 2          | 2          | 277,26    | 260,00       | 537,26      |

**(0207010030) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 1          | 1          | 268,75    | 0,00         | 268,75      |
| Total:            | 1          | 1          | 268,75    | 0,00         | 268,75      |

**(0207010048) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt. Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|------------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 2          | 2          | 537,50    | 0,00         | 537,50      |
| Total:            | 2          | 2          | 537,50    | 0,00         | 537,50      |

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
 Tipo de Conta: ( 771493 ) 03.2023 MAC GERAL Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
 Consorciado: ( 100744 ) NAVEGANTES 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

**(0207010056) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS     | Valor Compl. | Valor Total   |
|-------------------|------------|-----------|---------------|--------------|---------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 1          | 1         | 268,75        | 0,00         | 268,75        |
| <b>Total:</b>     | <b>1</b>   | <b>1</b>  | <b>268,75</b> | <b>0,00</b>  | <b>268,75</b> |

**(0207010064) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO – FACE E OSSOS DA FACE**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS      | Valor Compl.  | Valor Total    |
|-------------------|------------|-----------|----------------|---------------|----------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 7          | 7         | 1881,25        | 650,00        | 2531,25        |
| <b>Total:</b>     | <b>7</b>   | <b>7</b>  | <b>1881,25</b> | <b>650,00</b> | <b>2531,25</b> |

**(0207020035) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA)**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS     | Valor Compl.  | Valor Total   |
|-------------------|------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 1          | 1         | 268,75        | 130,00        | 398,75        |
| <b>Total:</b>     | <b>1</b>   | <b>1</b>  | <b>268,75</b> | <b>130,00</b> | <b>398,75</b> |

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

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS     | Valor Compl.  | Valor Total   |
|-------------------|------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 1          | 1         | 268,75        | 130,00        | 398,75        |
| <b>Total:</b>     | <b>1</b>   | <b>1</b>  | <b>268,75</b> | <b>130,00</b> | <b>398,75</b> |

**(0207030022) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS     | Valor Compl. | Valor Total   |
|-------------------|------------|-----------|---------------|--------------|---------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 1          | 1         | 268,75        | 0,00         | 268,75        |
| <b>Total:</b>     | <b>1</b>   | <b>1</b>  | <b>268,75</b> | <b>0,00</b>  | <b>268,75</b> |

**(021105008) ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) (POR SEGMENTO)**

| Prestador                   | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS    | Valor Compl.  | Valor Total   |
|-----------------------------|------------|-----------|--------------|---------------|---------------|
| PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA | 3          | 3         | 81,00        | 519,00        | 600,00        |
| <b>Total:</b>               | <b>3</b>   | <b>3</b>  | <b>81,00</b> | <b>519,00</b> | <b>600,00</b> |

**(0211050113) POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO**

| Prestador                          | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS    | Valor Compl. | Valor Total  |
|------------------------------------|------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| CLÍNICA COMUNIC                    | 1          | 1         | 4,06         | 0,00         | 4,06         |
| CLÍNICA PSICOLÓGICA NEUROVIDA LTDA | 5          | 5         | 20,30        | 0,00         | 20,30        |
| <b>Total:</b>                      | <b>6</b>   | <b>6</b>  | <b>24,36</b> | <b>0,00</b>  | <b>24,36</b> |

**(0211060127) MAPEAMENTO DE RETINA**

| Prestador                                     | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS     | Valor Compl. | Valor Total   |
|---|------------|-----------|---------------|--------------|---------------|
| CLINICA DE OLHOS DR. ROBERTO VON HERTWIG LTDA | 8          | 8         | 193,92        | 0,00         | 193,92        |
| <b>Total:</b>                                 | <b>8</b>   | <b>8</b>  | <b>193,92</b> | <b>0,00</b>  | <b>193,92</b> |

**(0211060186) RETINOGRRAFIA FLUORESCENTE BINOCULAR**

| Prestador                                     | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS     | Valor Compl.  | Valor Total   |
|---|------------|-----------|---------------|---------------|---------------|
| CLINICA DE OLHOS DR. ROBERTO VON HERTWIG LTDA | 5          | 5         | 320,00        | 181,35        | 501,35        |
| <b>Total:</b>                                 | <b>5</b>   | <b>5</b>  | <b>320,00</b> | <b>181,35</b> | <b>501,35</b> |

**(0211070262) POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA**

| Prestador       | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS    | Valor Compl. | Valor Total  |
|-----------------|------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
| CLÍNICA COMUNIC | 1          | 1         | 46,88        | 0,00         | 46,88        |
| <b>Total:</b>   | <b>1</b>   | <b>1</b>  | <b>46,88</b> | <b>0,00</b>  | <b>46,88</b> |

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
Tipo de Conta: ( 771493 ) 03.2023 MAC GERAL Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
Consortiado: ( 100744 ) NAVEGANTES 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

**(021107026) POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA(PEAT/BERA)**

| Prestador                          | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|------------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CLÍNICA PSICOLÓGICA NEUROVIDA LTDA | 5          | 5         | 234,40    | 515,60       | 750,00      |
| Total:                             | 5          | 5         | 234,40    | 515,60       | 750,00      |

**(0211070394) POTENCIAL EVOCADO ELETRICAMENTE NO SISTEMA AUDITIVO**

| Prestador                          | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|------------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CLÍNICA COMUNIC                    | 1          | 1         | 93,76     | 0,00         | 93,76       |
| CLÍNICA PSICOLÓGICA NEUROVIDA LTDA | 5          | 5         | 468,80    | 0,00         | 468,80      |
| Total:                             | 6          | 6         | 562,56    | 0,00         | 562,56      |

**(021107040) REFLEXO ESTAPEDIANO ELICIADO ELETRICAMENTE**

| Prestador                          | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|------------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CLÍNICA COMUNIC                    | 1          | 1         | 46,00     | 0,00         | 46,00       |
| CLÍNICA PSICOLÓGICA NEUROVIDA LTDA | 5          | 5         | 230,00    | 0,00         | 230,00      |
| Total:                             | 6          | 6         | 276,00    | 0,00         | 276,00      |

**(0301010044) CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) -**

| Prestador   | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|---|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CEM CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA LTDA | 1          | 1         | 6,30      | 63,70        | 70,00       |
| Total:  | 1          | 1         | 6,30      | 63,70        | 70,00       |

**(159) BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF**

| Prestador                         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CEDIPI SERVIÇOS RADIOLOGICOS LTDA | 16         | 16        | 379,68    | 4471,52      | 4851,20     |
| Total:                            | 16         | 16        | 379,68    | 4471,52      | 4851,20     |

**(4611) ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA COM DOPPLER(VIA TRANSRETAL)**

| Prestador                         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-----------------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CEDIPI SERVIÇOS RADIOLOGICOS LTDA | 2          | 2         | 0,00      | 260,00       | 260,00      |
| Total:                            | 2          | 2         | 0,00      | 260,00       | 260,00      |

**(4682) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CORAÇÃO / AORTA C/ CINE**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 3          | 3         | 0,00      | 1473,75      | 1473,75     |
| Total:            | 3          | 3         | 0,00      | 1473,75      | 1473,75     |

**(4692) ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE CRANIO**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 1          | 1         | 0,00      | 551,28       | 551,28      |
| Total:            | 1          | 1         | 0,00      | 551,28       | 551,28      |

**(4694) ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 5          | 5         | 0,00      | 2756,40      | 2756,40     |
| Total:            | 5          | 5         | 0,00      | 2756,40      | 2756,40     |

**(4695) ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORÁCICA**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS | Valor Compl. | Valor Total |
|-------------------|------------|-----------|-----------|--------------|-------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 2          | 1         | 0,00      | 551,28       | 551,28      |
| Total:            | 2          | 1         | 0,00      | 551,28       | 551,28      |

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
 Tipo de Conta: ( 771493 ) 03.2023 MAC GERAL Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
 Consorciado: ( 100744 ) NAVEGANTES 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

**(4713) SEDACAO PARA RESSONANCIA MAGNETICA OU ANGIORRADIOLOGIA**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl.   | Valor Total    |
|-------------------|------------|-----------|-------------|----------------|----------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 7          | 7         | 0,00        | 3360,00        | 3360,00        |
| <b>Total:</b>     | <b>7</b>   | <b>7</b>  | <b>0,00</b> | <b>3360,00</b> | <b>3360,00</b> |

**(4859) GONIOSCOPIA**

| Prestador  | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl. | Valor Total |
|--|------------|-----------|-------------|--------------|-------------|
| INSTITUTO MEDICO DE OFTALMOLOGIA MEDICAL VISION LTDA | 2          | 0         | 0,00        | 0,00         | 0,00        |
| <b>Total:</b>  | <b>2</b>   | <b>0</b>  | <b>0,00</b> | <b>0,00</b>  | <b>0,00</b> |

**(4956) TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA - MONOCULAR**

| Prestador                                     | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl.   | Valor Total    |
|---|------------|-----------|-------------|----------------|----------------|
| CLINICA DE OLHOS DR. ROBERTO VON HERTWIG LTDA | 8          | 8         | 0,00        | 1600,00        | 1600,00        |
| <b>Total:</b>                                 | <b>8</b>   | <b>8</b>  | <b>0,00</b> | <b>1600,00</b> | <b>1600,00</b> |

**(4957) APLICAÇÃO DE CONTRASTE EM PROCEDIMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl.   | Valor Total    |
|-------------------|------------|-----------|-------------|----------------|----------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 50         | 32        | 0,00        | 4160,00        | 4160,00        |
| <b>Total:</b>     | <b>50</b>  | <b>32</b> | <b>0,00</b> | <b>4160,00</b> | <b>4160,00</b> |

**(4959) ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE PESCOÇO**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl.   | Valor Total    |
|-------------------|------------|-----------|-------------|----------------|----------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 3          | 3         | 0,00        | 1653,84        | 1653,84        |
| <b>Total:</b>     | <b>3</b>   | <b>3</b>  | <b>0,00</b> | <b>1653,84</b> | <b>1653,84</b> |

**(4967) ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE PELVE**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl.   | Valor Total    |
|-------------------|------------|-----------|-------------|----------------|----------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 5          | 5         | 0,00        | 2756,40        | 2756,40        |
| <b>Total:</b>     | <b>5</b>   | <b>5</b>  | <b>0,00</b> | <b>2756,40</b> | <b>2756,40</b> |

**(4969) ANGIOTOMOGRAFIA VENOSA DE TORAX**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl.  | Valor Total   |
|-------------------|------------|-----------|-------------|---------------|---------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 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> |

**(4985) ANGIORESSONANCIA ARTERIAL DE CRANIO**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl.   | Valor Total    |
|-------------------|------------|-----------|-------------|----------------|----------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 7          | 7         | 0,00        | 3858,96        | 3858,96        |
| <b>Total:</b>     | <b>7</b>   | <b>7</b>  | <b>0,00</b> | <b>3858,96</b> | <b>3858,96</b> |

**(5001) SEDACAO PARA TOMOGRAFIA OU ENDOSCOPIA OU COLONOSCOPIA OU ULTRASSONOGRRAFIA**

| Prestador         | Qt. Solic. | Qt Aplic. | Valor SUS   | Valor Compl.  | Valor Total   |
|-------------------|------------|-----------|-------------|---------------|---------------|
| CLINICA SÃO LUCAS | 12         | 1         | 0,00        | 480,00        | 480,00        |
| <b>Total:</b>     | <b>12</b>  | <b>1</b>  | <b>0,00</b> | <b>480,00</b> | <b>480,00</b> |

**(967) CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO**

| Prestador  | Qt. Solic. | Qt Aplic.  | Valor SUS      | Valor Compl.    | Valor Total     |
|--|------------|------------|----------------|-----------------|-----------------|
| INSTITUTO MEDICO DE OFTALMOLOGIA MEDICAL VISION LTDA | 2          | 2          | 80,00          | 8,64            | 88,64           |
| <b>Total:</b>  | <b>2</b>   | <b>2</b>   | <b>80,00</b>   | <b>8,64</b>     | <b>88,64</b>    |
| <b>Total Geral:</b>                                  | <b>218</b> | <b>186</b> | <b>8214,62</b> | <b>36010,72</b> | <b>44225,34</b> |