

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento Tipo de Conta: Todos  
Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos Paciente: Todos  
Consortiado: ( 100735 ) BOMBINHAS Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador  
Período: de 01/04/2023 até 30/04/2023 Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

**(0204030188) MAMOGRAFIA BILATERAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINIVATI	36	36	1620,00	1620,00	3240,00
Total:	36	36	1620,00	1620,00	3240,00

**(0206010028) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA LOMBO-SACRA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MCI - MEDICAL CENTER IMAGE RADIOLOGIA	1	1	101,10	68,35	169,45
Total:	1	1	101,10	68,35	169,45

**(0206010079) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MCI - MEDICAL CENTER IMAGE RADIOLOGIA	2	2	194,88	136,70	331,58
Total:	2	2	194,88	136,70	331,58

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MCI - MEDICAL CENTER IMAGE RADIOLOGIA	1	1	138,63	68,35	206,98
Total:	1	1	138,63	68,35	206,98

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
RSUL RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO SUL LTDA	2	2	537,50	154,36	691,86
Total:	2	2	537,50	154,36	691,86

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM DIAGMAX JOINVILLE	1	1	268,75	77,18	345,93
RSUL RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO SUL LTDA	1	1	268,75	77,18	345,93
Total:	2	2	537,50	154,36	691,86

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
RSUL RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO SUL LTDA	1	1	268,75	77,18	345,93
Total:	1	1	268,75	77,18	345,93

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
RSUL RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO SUL LTDA	2	2	537,50	154,36	691,86
Total:	2	2	537,50	154,36	691,86

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
RSUL RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO SUL LTDA	3	3	806,25	231,54	1037,79
Total:	3	3	806,25	231,54	1037,79

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CINTIVALI	4	4	1634,08	0,00	1634,08
Total:	4	4	1634,08	0,00	1634,08

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento Tipo de Conta: Todos  
 Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos Paciente: Todos  
 Consorciado: ( 100735 ) BOMBINHAS Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador  
 Período: de 01/04/2023 até 30/04/2023 Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CINTIVALI	4	4	1532,28	0,00	1532,28
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1532,28</b>	<b>0,00</b>	<b>1532,28</b>

**(0208040056) CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CINTIVALI	1	1	133,03	0,00	133,03
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>133,03</b>	<b>0,00</b>	<b>133,03</b>

**(0208050035) CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUINEO (CORPO INTEIRO)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CINTIVALI	1	1	190,99	0,00	190,99
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>190,99</b>	<b>0,00</b>	<b>190,99</b>

**(0211060038) CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO MONOCULAR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	2	2	80,00	0,00	80,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>80,00</b>	<b>0,00</b>	<b>80,00</b>

**(0211060127) MAPEAMENTO DE RETINA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	2	2	48,48	0,00	48,48
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>48,48</b>	<b>0,00</b>	<b>48,48</b>

**(0211070033) AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	8	8	161,04	0,00	161,04
<b>Total:</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>161,04</b>	<b>0,00</b>	<b>161,04</b>

**(0211070041) AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREO-ÓSSEA)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	8	8	168,00	0,00	168,00
CLÍNICA PSICOLÓGICA NEUROVIDA LTDA	4	4	84,00	0,00	84,00
<b>Total:</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>252,00</b>	<b>0,00</b>	<b>252,00</b>

**(0211070050) AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA PSICOLÓGICA NEUROVIDA LTDA	4	4	72,00	0,00	72,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>72,00</b>	<b>0,00</b>	<b>72,00</b>

**(0211070203) IMITANCIOMETRIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	8	8	184,00	0,00	184,00
CLÍNICA PSICOLÓGICA NEUROVIDA LTDA	4	4	92,00	0,00	92,00
<b>Total:</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>276,00</b>	<b>0,00</b>	<b>276,00</b>

**(0211070211) LOGOUDIOMETRIA (LDV, IRF, LRF)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA PSICOLÓGICA NEUROVIDA LTDA	4	4	105,00	0,00	105,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>105,00</b>	<b>0,00</b>	<b>105,00</b>

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento Tipo de Conta: Todos  
 Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos Paciente: Todos  
 Consorciado: ( 100735 ) BOMBINHAS Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador  
 Período: de 01/04/2023 até 30/04/2023 Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

**(4610) ULTRA-SONOGRAFIA GLANDULAS SALIVARES**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CEDIPI SERVIÇOS RADIOLOGICOS LTDA	3	3	0,00	216,00	216,00
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0,00</b>	<b>216,00</b>	<b>216,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
SACRE COUER CLÍNICA MÉDICA	2	2	0,00	400,00	400,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,00</b>	<b>400,00</b>	<b>400,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIFÁCIL SAÚDE	1	1	0,00	350,00	350,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	1	1	0,00	350,00	350,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,00</b>	<b>700,00</b>	<b>700,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	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>

**(4626) CONSULTA ANESTESIOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
INSTITUTO ADONHIRAM DE ASSISTÊNCIA A SAÚDE	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>

**(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
AFFINITE - M.B. EXAMES	8	8	0,00	560,00	560,00
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	24	24	0,00	1680,00	1680,00
<b>Total:</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>0,00</b>	<b>2240,00</b>	<b>2240,00</b>

**(4639) CONSULTA OTORRINO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	4	4	0,00	280,00	280,00
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0,00</b>	<b>280,00</b>	<b>280,00</b>

**(4641) CONSULTA MASTOLOGISTA**

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

**(4662) PUNÇÃO (PAAF) ASPIRATIVA DE TIREÓIDE**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CEDIPI SERVIÇOS RADIOLOGICOS LTDA	3	3	0,00	469,80	469,80
CIP - CENTRO INTEGRADO DE PATOLOGIA	6	6	0,00	939,60	939,60
<b>Total:</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>0,00</b>	<b>1409,40</b>	<b>1409,40</b>

CISAMFRI

Resumo dos Procedimentos

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento Tipo de Conta: Todos  
 Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos Paciente: Todos  
 Consorciado: ( 100735 ) BOMBINHAS Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador  
 Período: de 01/04/2023 até 30/04/2023 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)	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>

**(4687) ANGIORESSONANCIA (CRANIO/PESCOÇO/TORAX/ABDOMEN SUPERIOR)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
RSUL RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA REGIÃO SUL LTDA	2	2	0,00	691,86	691,86
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,00</b>	<b>691,86</b>	<b>691,86</b>

**(4695) ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORÁCICA**

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>

**(4696) ANGIOTOMOGRAFIA ARTERIAL DE ABDOMEN SUPERIOR**

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>

**(4700) TOMOGRAFIA COERENCIA OPTICA BINOCULAR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	11	11	0,00	2200,00	2200,00
<b>Total:</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>0,00</b>	<b>2200,00</b>	<b>2200,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM DIAGMAX JOINVILLE	2	2	0,00	600,00	600,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,00</b>	<b>600,00</b>	<b>600,00</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>

**(4766) CONSULTA INFECTOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES 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>

**(4770) ELASTOGRAFIA HEPÁTICA ULTRASSÔNICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	2	2	0,00	800,00	800,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,00</b>	<b>800,00</b>	<b>800,00</b>

**(4799) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BASE DO CRANIO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA DE RADIOLOGIA IMAGEM DIAGMAX JOINVILLE	1	1	0,00	345,93	345,93
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>345,93</b>	<b>345,93</b>

CISAMFRI  
Resumo dos Procedimentos

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento Tipo de Conta: Todos  
Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos Paciente: Todos  
Consortiado: ( 100735 ) BOMBINHAS Procedimento: Todos Tipo de Resumo: Prestador  
Período: de 01/04/2023 até 30/04/2023 Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

(4840) CONSULTA HEMATOLOGISTA

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
AME CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
Total:	1	1	0,00	70,00	70,00
Total Geral:	191	191	9227,01	14860,95	24087,96