

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: ( 100737 ) ILHOTA  
 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
CLINICA RADIOLOGICA IMAGEM LTDA (DIGIMAX GASPARG)	10	10	450,00	450,00	900,00
CLINICA SÃO LUCAS	2	2	90,00	90,00	180,00
CLINICA SÃO MARCOS LTDA	3	3	135,00	135,00	270,00
Total:	15	15	675,00	675,00	1350,00

(0205020020) PAQUIMETRIA ULTRASSONICA

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	2	2	29,62	0,00	29,62
Total:	2	2	29,62	0,00	29,62

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	1	1	24,20	0,00	24,20
Total:	1	1	24,20	0,00	24,20

(0205020143) ULTRA-SONOGRAFIA OBSTETRICA

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
AFFINITE - M.B. EXAMES	2	2	48,40	40,00	88,40
Total:	2	2	48,40	40,00	88,40

(0205020186) ULTRA-SONOGRAFIA TRANSVAGINAL

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
AFFINITE - M.B. EXAMES	1	1	24,20	20,00	44,20
Total:	1	1	24,20	20,00	44,20

(0209040041) VIDEOLARINGOSCOPIA

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	1	1	45,50	44,50	90,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	8	8	364,00	356,00	720,00
Total:	9	9	409,50	400,50	810,00

(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
Total:	2	2	80,00	0,00	80,00

(0211060267) TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CórNEA (MONECULAR)

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	1	1	24,24	0,00	24,24
Total:	1	1	24,24	0,00	24,24

(0211070033) AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	2	2	40,26	0,00	40,26
Total:	2	2	40,26	0,00	40,26

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: ( 100737 ) ILHOTA  
 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

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	2	2	42,00	0,00	42,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>42,00</b>	<b>0,00</b>	<b>42,00</b>

**(0211070203) IMITANCIOMETRIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	2	2	46,00	0,00	46,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>46,00</b>	<b>0,00</b>	<b>46,00</b>

**(4616) ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA RADIOLOGICA IMAGEM LTDA (DIGIMAX GASPAR)	2	2	0,00	320,00	320,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,00</b>	<b>320,00</b>	<b>320,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	7	7	0,00	2450,00	2450,00
<b>Total:</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0,00</b>	<b>2450,00</b>	<b>2450,00</b>

**(4619) ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DA AORTA ILIACAS**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MCI - MEDICAL CENTER IMAGE RADIOLOGIA	8	8	0,00	1840,00	1840,00
<b>Total:</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0,00</b>	<b>1840,00</b>	<b>1840,00</b>

**(4620) ULTRA-SONOGRAFIA ECODOPPLER COLORIDO DE VASOS CAROTIDAS BILA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA RADIOLOGICA IMAGEM LTDA (DIGIMAX GASPAR)	1	1	0,00	160,00	160,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>160,00</b>	<b>160,00</b>

**(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	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>

**(4635) CONSULTA DERMATOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	12	12	0,00	840,00	840,00
<b>Total:</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>0,00</b>	<b>840,00</b>	<b>840,00</b>

**(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	21	21	0,00	1470,00	1470,00
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	1	1	0,00	70,00	70,00
<b>Total:</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>0,00</b>	<b>1540,00</b>	<b>1540,00</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: ( 100737 ) ILHOTA  
 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

**(4640) CONSULTA ENDOCRINOLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CEM CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA 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>

**(4642) CONSULTA PSIQUIATRIA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CEM CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA LTDA	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>

**(4643) CONSULTA GASTRO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CEM CLÍNICA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS E FISIOTERAPIA LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
PRO+CONSULTAS E EXAMES LTDA	15	15	0,00	1050,00	1050,00
<b>Total:</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0,00</b>	<b>1120,00</b>	<b>1120,00</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CIP - CENTRO INTEGRADO DE PATOLOGIA	4	4	0,00	626,40	626,40
<b>Total:</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0,00</b>	<b>626,40</b>	<b>626,40</b>

**(4665) CONSULTA PNEUMOLOGISTA**

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

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	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>

**(4673) ULTRA-SONOGRAFIA DOPPLER DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
AFFINITE - M.B. EXAMES	2	2	0,00	320,00	320,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0,00</b>	<b>320,00</b>	<b>320,00</b>

**(4674) ECOGRAFIA FETAL MORFOLOGICO COM DOPPLER**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CENTRO DE SAÚDE FELIZMED	1	1	0,00	220,00	220,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0,00</b>	<b>220,00</b>	<b>220,00</b>

**(4679) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA**

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

**(4681) RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE JOELHO (UNILATERAL)**

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
<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 Consorciado: ( 100737 ) ILHOTA  
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

(4763) VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	1	1	0,00	150,00	150,00
Total:	1	1	0,00	150,00	150,00

(4766) CONSULTA INFECTOLOGISTA

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

(4840) CONSULTA HEMATOLOGISTA

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
AME CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA LTDA	3	3	0,00	210,00	210,00
Total:	3	3	0,00	210,00	210,00
Total Geral:	160	160	1443,42	14423,76	15867,18