

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
Tipo de Conta: ( 100630 ) PROCEDIMENTOS Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos Grupo Procedimento: Todos  
Paciente: Todos Consorciado: ( 100735 ) BOMBINHAS Procedimento: Todos Período: de 01/06/2023 até 30/06/2023  
Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos Situação:: Paga SubGrupo: Todos

**(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

**(0211060127) MAPEAMENTO DE RETINA**

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

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	5	5	31,80	268,20	300,00
Total:	5	5	31,80	268,20	300,00

**(1039) AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLINICA UROLOGICA BLUMENAU - UROPRIME	3	3	22,86	992,70	1015,56
Total:	3	3	22,86	992,70	1015,56

**(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	0,00	70,00	70,00
Total:	1	1	0,00	70,00	70,00

**(4639) CONSULTA OTORRINO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CLÍNICA COMUNIC	18	18	0,00	1260,00	1260,00
Total:	18	18	0,00	1260,00	1260,00

**(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
Total:	4	4	0,00	626,40	626,40

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
KOZMA - CLÍNICA RADIOLÓGICA DA CIDADE DE PASSO FUNDO	2	2	0,00	876,86	876,86
Total:	2	2	0,00	876,86	876,86

**(4686) ANGIORESSONANCIA CEREBRAL**

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
Total:	1	1	0,00	345,93	345,93

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MCI - MEDICAL CENTER IMAGE RADIOLOGIA	2	2	0,00	691,86	691,86
Total:	2	2	0,00	691,86	691,86

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  
Paciente: Todos Consorciado: ( 100735 ) BOMBINHAS Procedimento: Todos Período: de 01/06/2023 até 30/06/2023  
Tipo de Resumo: Prestador 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
Total Geral:	39	39	103,10	5281,95	5385,05