

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: ( 100737 ) ILHOTA    Procedimento: Todos    Período: de 01/02/2024 até 29/02/2024  
Tipo de Resumo: Prestador    Ordenação: Tipo de Resumo    Grupo: Todos    Situação:: Paga    SubGrupo: Todos

(4636) CONSULTA NEUROLOGISTA

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDCLINICA - CLINICA BOGO & GALINDO	5	5	0,00	350,00	350,00
Total:	5	5	0,00	350,00	350,00

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
OFTALMO CLINICA MEDICA	1	1	0,00	70,00	70,00
Total:	1	1	0,00	70,00	70,00
Total Geral:	6	6	0,00	420,00	420,00