

**CISAMFRI**  
**Resumo dos Procedimentos**

**Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento**  
**Tipo de Conta: ( 771493 ) 03.2023 MAC GERAL Situação: Paga Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos**  
**Grupo Procedimento: Todos Paciente: Todos Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Procedimento: Todos**  
**Período: de 15/11/2024 até 30/11/2024 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos**  
**SubGrupo: Todos**

**(0204020042) RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXÃO)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	16,38	33,62	50,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>16,38</b>	<b>33,62</b>	<b>50,00</b>

**(0204020050) RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL/DINÂMICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	3	3	30,87	44,13	75,00
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>30,87</b>	<b>44,13</b>	<b>75,00</b>

**(0204020069) RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	21,92	28,08	50,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>21,92</b>	<b>28,08</b>	<b>50,00</b>

**(020402009) RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	18,32	31,68	50,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>18,32</b>	<b>31,68</b>	<b>50,00</b>

**(0204020107) RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	3	3	29,19	45,81	75,00
<b>Total:</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>29,19</b>	<b>45,81</b>	<b>75,00</b>

**(0204020115) RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR DINÂMICA**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	15,58	9,42	25,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>15,58</b>	<b>9,42</b>	<b>25,00</b>

**(0204030099) RADIOGRAFIA DO ESTERNO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	7,98	17,02	25,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7,98</b>	<b>17,02</b>	<b>25,00</b>

**(020403015) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	5	5	47,50	77,50	125,00
<b>Total:</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>47,50</b>	<b>77,50</b>	<b>125,00</b>

**(020403016) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA PADRAO OIT)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	13,10	36,90	50,00
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>13,10</b>	<b>36,90</b>	<b>50,00</b>

**(0204040078) RADIOGRAFIA DE COTOVELO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	5,90	19,10	25,00
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5,90</b>	<b>19,10</b>	<b>25,00</b>

CISAMFRI  
Resumo dos Procedimentos

Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento  
Tipo de Conta: ( 771493 ) 03.2023 MAC GERAL Situação: Paga Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos  
Grupo Procedimento: Todos Paciente: Todos Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Procedimento: Todos  
Período: de 15/11/2024 até 30/11/2024 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos  
SubGrupo: Todos

(020404008) RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	5,62	19,38	25,00
Total:	1	1	5,62	19,38	25,00

(0204040094) RADIOGRAFIA DE MÃO

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	12	12	75,60	224,40	300,00
Total:	12	12	75,60	224,40	300,00

(0204060060) RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	7,77	17,23	25,00
Total:	1	1	7,77	17,23	25,00

(0204060117) RADIOGRAFIA DE COXA

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	8,94	16,06	25,00
Total:	1	1	8,94	16,06	25,00

(0204060125) RADIOGRAFIA DE JOELHO ( AP+ LATERAL)

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	6	6	40,68	109,32	150,00
Total:	6	6	40,68	109,32	150,00

(0204060133) RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL)

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	7,16	17,84	25,00
Total:	1	1	7,16	17,84	25,00

(020406014) RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS)

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	1	1	9,29	15,71	25,00
Total:	1	1	9,29	15,71	25,00

(0204060150) RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	14	14	94,92	255,08	350,00
Total:	14	14	94,92	255,08	350,00

(0204060168) RADIOGRAFIA DE PERNA

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
HOSPITAL DIA REVITALITE LTDA	2	2	17,88	32,12	50,00
Total:	2	2	17,88	32,12	50,00

(0206010044) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DE FACE /ARTICULAÇÕESTEMPOROMANDIBULARES

Prestador	Qt. Solic.	Qt. Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIMAGEM DIAGNOSTICOS LTDA	1	1	86,75	130,00	216,75
Total:	1	1	86,75	130,00	216,75

**CISAMFRI**  
**Resumo dos Procedimentos**

**Prestador: Todos Forma Organização: Todos Forma de Apresentação: Procedimento**  
**Tipo de Conta: ( 771493 ) 03.2023 MAC GERAL Situação: Paga Tipo de Data: Pagamento Cidade: Todos**  
**Grupo Procedimento: Todos Paciente: Todos Consorciado: ( 100736 ) CAMBORIÚ Procedimento: Todos**  
**Período: de 15/11/2024 até 30/11/2024 Tipo de Resumo: Prestador Ordenação: Tipo de Resumo Grupo: Todos**  
**SubGrupo: Todos**

**(0206010052) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO (PARTES MOLES, LARNGE, TIREÓIDE E FARINGE)**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIMAGEM DIAGNOSTICOS LTDA	1	1	86,75	130,00	216,75
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>86,75</b>	<b>130,00</b>	<b>216,75</b>

**(0206010079) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRANIO**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIMAGEM DIAGNOSTICOS LTDA	1	1	97,44	130,00	227,44
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>97,44</b>	<b>130,00</b>	<b>227,44</b>

**(0206020031) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORAX**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIMAGEM DIAGNOSTICOS LTDA	2	2	272,82	260,00	532,82
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>272,82</b>	<b>260,00</b>	<b>532,82</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIMAGEM DIAGNOSTICOS LTDA	2	2	277,26	260,00	537,26
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>277,26</b>	<b>260,00</b>	<b>537,26</b>

**(020603003) TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR**

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
MEDIMAGEM DIAGNOSTICOS LTDA	2	2	277,26	260,00	537,26
<b>Total:</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>277,26</b>	<b>260,00</b>	<b>537,26</b>

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

Prestador	Qt. Solic.	Qt Aplic.	Valor SUS	Valor Compl.	Valor Total
CINTIVALI - CLINICA DE MEDICINA NUCLEAR LTDA	1	1	190,99	57,30	248,29
<b>Total:</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>190,99</b>	<b>57,30</b>	<b>248,29</b>
<b>Total Geral:</b>	<b>71</b>	<b>71</b>	<b>1763,87</b>	<b>2277,70</b>	<b>4041,57</b>