

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	5	180,00	22,27	157,73	900,00	111,35
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	BELA VISTA DE MINAS	2	180,00	22,27	157,73	360,00	44,54
Cirurgia Adenoidectomia	BELA VISTA DE MINAS	3	696,36	348,18	348,18	2.089,08	1.044,54
Cirurgia Amigdalectomia C/ Adenoidectomia	BELA VISTA DE MINAS	1	674,44	337,22	337,22	674,44	337,22
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	BELA VISTA DE MINAS	2	2.500,00	0,00	2.500,00	5.000,00	0,00
Cirurgia Exerece De Tumor Palpebral (1 Olho) Ou Tumor Palpebral	BELA VISTA DE MINAS	1	562,50	22,93	539,57	562,50	22,93
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Biometria, Tonometria , Mapeamento De Retina , Procedimento Cirúrgico	BELA VISTA DE MINAS	35	771,60	0,00	771,60	27.006,00	0,00
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	BELA VISTA DE MINAS	2	957,00	76,50	880,50	1.914,00	153,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	3	64,00	25,00	39,00	192,00	75,00
Consulta Atendimento Em Psicologia	BELA VISTA DE MINAS	6	50,00	0,00	50,00	300,00	0,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	97	55,00	10,00	45,00	5.457,00	970,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	7	55,00	0,00	55,00	397,00	40,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	BELA VISTA DE MINAS	322	50,00	10,00	40,00	16.526,00	3.220,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	BELA VISTA DE MINAS	1	52,00	10,00	42,00	52,00	10,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	BELA VISTA DE MINAS	49	50,00	10,00	40,00	2.504,00	490,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	67	55,00	10,00	45,00	3.751,00	670,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	215	55,00	10,00	45,00	12.077,00	2.150,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	BELA VISTA DE MINAS	1	65,50	10,00	55,50	65,50	10,00
Consulta Dermatologia	BELA VISTA DE MINAS	170	50,00	10,00	40,00	8.730,00	1.700,00
Consulta Endocrinologia	BELA VISTA DE MINAS	149	50,00	10,00	40,00	7.658,00	1.490,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	BELA VISTA DE MINAS	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Gastroenterologia	BELA VISTA DE MINAS	1	50,00	10,00	40,00	50,00	10,00
Consulta Hematologia	BELA VISTA DE MINAS	11	52,00	10,00	42,00	572,00	110,00
Consulta Nefrologia	BELA VISTA DE MINAS	26	50,00	10,00	40,00	1.338,00	260,00
Consulta Neurologia	BELA VISTA DE MINAS	217	50,00	10,00	40,00	11.230,00	2.170,00
Consulta Oftalmologia	BELA VISTA DE MINAS	143	27,39	10,00	17,39	4.126,77	1.430,00
Consulta Ortopedia	BELA VISTA DE MINAS	324	50,00	10,00	40,00	16.682,00	3.240,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	276	55,00	10,00	45,00	15.476,00	2.760,00
Consulta Otorrinolaringologia	BELA VISTA DE MINAS	2	50,00	10,00	40,00	100,00	20,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	249	55,00	10,00	45,00	13.939,00	2.490,00
Consulta Proctologia	BELA VISTA DE MINAS	57	50,00	10,00	40,00	2.878,00	570,00
Consulta Urologia	BELA VISTA DE MINAS	33	50,00	10,00	40,00	1.678,00	330,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	BELA VISTA DE MINAS	520	32,00	24,00	8,00	16.640,00	19.544,38

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	BELA VISTA DE MINAS	2	43,21	61,77	0,00	86,42	123,54
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	BELA VISTA DE MINAS	3	500,00	0,00	500,00	1.500,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	BELA VISTA DE MINAS	57	21,00	21,00	0,00	1.197,00	1.197,00
Exame Audiometria Vocal / Logoaudiometria (LDV - IRF - LRF)	BELA VISTA DE MINAS	57	26,25	26,25	0,00	1.496,25	1.496,25
Exame Biópsia Aspirativa	BELA VISTA DE MINAS	42	25,32	0,00	25,32	1.063,44	0,00
Exame Biópsia Transretal	BELA VISTA DE MINAS	5	228,00	92,38	135,62	1.140,00	461,90
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	2	104,50	40,00	64,50	209,00	80,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	BELA VISTA DE MINAS	4	1.200,00	0,00	1.200,00	4.800,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	BELA VISTA DE MINAS	4	518,10	408,52	109,58	2.072,40	1.634,08
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	BELA VISTA DE MINAS	1	518,10	383,07	135,03	518,10	383,07
Exame Cintilografia Pulmonar (perfusão) - Mínimo 04 Projeções	BELA VISTA DE MINAS	1	135,00	130,50	4,50	135,00	130,50
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	BELA VISTA DE MINAS	1	225,00	133,03	91,97	225,00	133,03
Exame Colangiressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	5	550,00	112,66	437,34	2.750,00	563,30
Exame Core Biopsy	BELA VISTA DE MINAS	2	300,00	140,00	160,00	600,00	280,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	3	104,00	10,11	93,89	312,00	30,33
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	BELA VISTA DE MINAS	5	120,00	55,10	64,90	600,00	275,50
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	BELA VISTA DE MINAS	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	BELA VISTA DE MINAS	5	155,00	39,60	115,40	775,00	198,00
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	BELA VISTA DE MINAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	BELA VISTA DE MINAS	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan De Carótidas	BELA VISTA DE MINAS	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	BELA VISTA DE MINAS	18	155,00	39,60	115,40	2.790,00	712,80
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	BELA VISTA DE MINAS	17	155,00	39,60	115,40	2.635,00	673,20
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	BELA VISTA DE MINAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Eco Transesofágico	BELA VISTA DE MINAS	1	450,00	165,00	285,00	450,00	165,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	BELA VISTA DE MINAS	47	155,00	39,94	115,06	7.285,00	1.877,18
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	BELA VISTA DE MINAS	3	293,66	39,94	253,72	880,98	119,82
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	1	105,99	24,20	81,79	105,99	24,20
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	BELA VISTA DE MINAS	1	120,00	25,00	95,00	120,00	25,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília	BELA VISTA DE MINAS	29	50,00	11,34	38,66	1.450,00	328,86
Exame Eletroneuromiografia De M I D	BELA VISTA DE MINAS	1	168,00	27,00	141,00	168,00	27,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	BELA VISTA DE MINAS	1	168,00	27,00	141,00	168,00	27,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Eletroneuromiografia De M S D	BELA VISTA DE MINAS	2	168,00	27,00	141,00	336,00	54,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	BELA VISTA DE MINAS	2	168,00	27,00	141,00	336,00	54,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	BELA VISTA DE MINAS	2	19,00	13,51	5,49	38,00	27,02
Exame Endoscopia Digestiva Alta	BELA VISTA DE MINAS	95	187,00	48,16	138,84	17.765,00	4.575,20
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	BELA VISTA DE MINAS	1	242,00	165,24	76,76	242,00	165,24
Exame Estudo Urodinâmico	BELA VISTA DE MINAS	3	250,00	7,62	242,38	750,00	22,86
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	BELA VISTA DE MINAS	23	90,00	45,50	44,50	2.070,00	1.046,50
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	2	31,00	6,74	24,26	62,00	13,48
Exame Holter 24 Horas	BELA VISTA DE MINAS	7	100,00	30,00	70,00	700,00	210,00
Exame Impedanciometria	BELA VISTA DE MINAS	57	23,00	23,00	0,00	1.311,00	1.311,00
Exame Mamografia Bilateral	BELA VISTA DE MINAS	2	90,00	45,00	45,00	180,00	90,00
Exame Mamografia Bilateral/ Cismepi	BELA VISTA DE MINAS	148	15,00	45,00	0,00	2.220,00	6.660,00
Exame Mamografia Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	2	90,00	22,50	67,50	90,00	45,00
Exame Mamografia Unilateral/ Cismepi	BELA VISTA DE MINAS	4	15,00	22,50	0,00	30,00	90,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	BELA VISTA DE MINAS	4	112,00	10,07	101,93	448,00	40,28
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	BELA VISTA DE MINAS	143	24,24	24,24	0,00	3.466,32	3.466,32
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	1	216,00	24,24	191,76	216,00	24,24
Exame PAAF Da Cervical Guiada Por Ultrassom (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	260,00	0,00	260,00	260,00	0,00
Exame Paquimetria (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	8	61,33	14,81	46,52	490,64	118,48
Exame Polissonografia	BELA VISTA DE MINAS	1	450,00	125,00	325,00	450,00	125,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	BELA VISTA DE MINAS	19	120,00	6,36	113,64	2.280,00	120,84
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	BELA VISTA DE MINAS	3	190,00	23,73	166,27	570,00	71,19
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	BELA VISTA DE MINAS	5	190,00	66,48	123,52	950,00	332,40
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	BELA VISTA DE MINAS	2	1.000,00	268,75	731,25	2.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Total Infantil (0 A 15 Anos) Com Sedação	BELA VISTA DE MINAS	1	1.100,00	0,00	1.100,00	1.100,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	BELA VISTA DE MINAS	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	BELA VISTA DE MINAS	15	500,00	268,75	231,25	7.500,00	4.031,25
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	BELA VISTA DE MINAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Sela Túcica (Hipófise)	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Retinografia (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	2	74,50	24,68	49,82	149,00	49,36
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	1	150,00	13,63	136,37	150,00	13,63
Exame Rx Abdomem Simples: Ap	BELA VISTA DE MINAS	2	23,60	7,17	16,43	47,20	14,34
Exame Rx Antebraço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	21,24	6,42	14,82	21,24	6,42
Exame Rx Arcos Costais	BELA VISTA DE MINAS	1	26,14	8,37	17,77	26,14	8,37
Exame Rx Articulação Coxo-femural(unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	6	25,96	7,77	18,19	155,76	46,62
Exame Rx Articulação Esterno-clavicular	BELA VISTA DE MINAS	1	22,42	7,40	15,02	22,42	7,40
Exame Rx Articulação Sacro-iliacas	BELA VISTA DE MINAS	1	23,60	7,77	15,83	23,60	7,77
Exame Rx Articulação Tíbio Társica (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	20,06	6,50	13,56	40,12	13,00
Exame Rx Bacia	BELA VISTA DE MINAS	12	22,42	7,77	14,65	269,04	93,24
Exame Rx Braço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	24,78	7,77	17,01	24,78	7,77
Exame Rx Calcâneo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	11	20,06	6,50	13,56	220,66	71,50
Exame Rx Clavícula	BELA VISTA DE MINAS	1	24,78	7,40	17,38	24,78	7,40
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	BELA VISTA DE MINAS	1	180,54	47,76	132,78	180,54	47,76
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To Ou Flexão	BELA VISTA DE MINAS	31	23,60	8,19	15,41	731,60	253,89
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To+ Obliquo	BELA VISTA DE MINAS	6	41,30	8,33	32,97	247,80	49,98
Exame Rx Coluna Lombo-sacra Funcional Ou Dinâmica	BELA VISTA DE MINAS	1	41,30	16,88	24,42	41,30	16,88
Exame Rx Coluna Lombo-sacra Ou Lombar	BELA VISTA DE MINAS	64	29,50	10,96	18,54	1.888,00	701,44
Exame Rx Coluna Torácica	BELA VISTA DE MINAS	5	23,00	9,16	13,84	115,00	45,80
Exame Rx Cotovelo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	4	20,06	5,90	14,16	80,24	23,60
Exame Rx Coxa (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	27,14	8,94	18,20	27,14	8,94
Exame Rx Crânio : Pa+lat+bretton	BELA VISTA DE MINAS	3	24,78	9,15	15,63	74,34	27,45
Exame Rx Joelho Ap + Lat (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	66	21,24	6,78	14,46	1.401,84	447,48
Exame Rx Joelho Ou Rótula: Ap + Lat + Axial Patelar (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	6	33,04	7,16	25,88	198,24	42,96
Exame Rx Mão E Punhos Para Idade óssea (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	29,50	6,00	23,50	88,50	18,00
Exame Rx Mão Ou Quirodáctilos (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	18	20,06	6,30	13,76	361,08	113,40
Exame Rx Omoplata Ou Ombro Funcional (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	35	22,42	7,98	14,44	784,70	279,30
Exame Rx Ossos Da Face Mn+fn+lateral+hirtz	BELA VISTA DE MINAS	1	27,14	8,38	18,76	27,14	8,38
Exame Rx Pe Ou Pododactilos (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	25	21,24	6,78	14,46	531,00	169,50
Exame Rx Pelve / Púbis	BELA VISTA DE MINAS	3	22,42	0,00	22,42	67,26	0,00
Exame Rx Perna (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	7	22,42	8,94	13,48	156,94	62,58
Exame Rx Punho Ap +perfil	BELA VISTA DE MINAS	23	22,42	0,00	22,42	515,66	0,00
Exame Rx Punho Ap+lateral+obliqua (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	4	22,42	6,91	15,51	89,68	27,64
Exame Rx Quadril	BELA VISTA DE MINAS	3	22,42	7,77	14,65	67,26	23,31
Exame Rx Quadril (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	5	25,96	7,77	18,19	129,80	38,85
Exame Rx Sacro-coccix	BELA VISTA DE MINAS	1	25,96	7,80	18,16	25,96	7,80

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Rx Seios Da Face: Fn+lat	BELA VISTA DE MINAS	17	21,27	0,00	21,27	361,59	0,00
Exame Rx Tórax :p A	BELA VISTA DE MINAS	10	17,70	6,88	10,82	177,00	68,80
Exame Rx Tórax :pa + Lateral	BELA VISTA DE MINAS	129	22,42	9,50	12,92	2.892,18	1.225,50
Exame Rx Tornozelo Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	20	20,06	0,00	20,06	401,20	0,00
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	10	420,00	138,63	281,37	4.200,00	1.386,30
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	320,00	138,63	181,37	320,00	138,63
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	3	136,50	101,10	35,40	409,50	303,30
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	230,00	97,44	132,56	460,00	194,88
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	30	130,00	97,44	32,56	3.900,00	2.923,20
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	BELA VISTA DE MINAS	13	270,00	0,00	270,00	3.510,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	130,00	97,44	32,56	130,00	97,44
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	207,94	138,63	69,31	207,94	138,63
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	230,12	86,75	143,37	230,12	86,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	130,00	86,75	43,25	130,00	86,75
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	304,61	136,41	168,20	304,61	136,41
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	14	204,61	136,41	68,20	2.864,54	1.909,74
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	BELA VISTA DE MINAS	11	90,00	30,00	60,00	990,00	330,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	BELA VISTA DE MINAS	143	3,37	3,37	0,00	481,91	481,91
Exame Us. Abdomen Inferior (Masculino: Bexiga,próstata,vesícula Seminais; Feminino: Bexiga,útero,ovários E Anexos)	BELA VISTA DE MINAS	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	BELA VISTA DE MINAS	5	66,50	24,20	42,30	332,50	121,00
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	BELA VISTA DE MINAS	154	102,00	37,95	64,05	15.708,00	5.844,30
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	BELA VISTA DE MINAS	1	184,80	37,95	146,85	184,80	37,95
Exame Us. Axilas (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	34	80,00	0,00	80,00	2.720,00	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	BELA VISTA DE MINAS	6	60,50	24,20	36,30	363,00	145,20
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	BELA VISTA DE MINAS	4	166,32	24,20	142,12	665,28	96,80
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	BELA VISTA DE MINAS	163	60,50	24,20	36,30	9.861,50	3.944,60
Exame Us. Joelho Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Mamárias (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	41	80,00	24,20	55,80	3.280,00	992,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Mão (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	55,00	24,20	30,80	165,00	72,60
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	30	115,50	24,20	91,30	3.465,00	726,00
Exame Us. Obstétrica Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	15	55,00	24,20	30,80	825,00	363,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	36	105,60	39,60	66,00	3.801,60	1.425,60
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	BELA VISTA DE MINAS	4	55,00	24,20	30,80	220,00	96,80
Exame Us. Ombro Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	21	55,00	24,20	30,80	1.155,00	508,20
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	7	60,50	24,20	36,30	423,50	169,40
Exame Us. Parede Abdominal(Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	30,25	0,00	30,25	30,25	0,00
Exame Us. Partes Moles	BELA VISTA DE MINAS	6	55,00	0,00	55,00	330,00	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	BELA VISTA DE MINAS	16	60,50	24,20	36,30	968,00	387,20
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	BELA VISTA DE MINAS	16	55,00	24,20	30,80	880,00	387,20
Exame Us. Punho (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Quadril (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	55,00	0,00	55,00	165,00	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	BELA VISTA DE MINAS	40	66,50	24,20	42,30	2.660,00	968,00
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	BELA VISTA DE MINAS	25	55,00	24,20	30,80	1.375,00	605,00
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	BELA VISTA DE MINAS	3	147,84	24,20	123,64	443,52	72,60
Exame Us. Vias Biliares	BELA VISTA DE MINAS	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20
Exame Us.rins E Vias Urinárias	BELA VISTA DE MINAS	5	66,50	24,20	42,30	332,50	121,00
Exame Us.transretal	BELA VISTA DE MINAS	5	52,00	24,20	27,80	260,00	121,00
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal	BELA VISTA DE MINAS	18	110,00	24,20	85,80	1.980,00	435,60
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	BELA VISTA DE MINAS	4	90,00	45,50	44,50	360,00	182,00
Lauda Emissão De Laudo Para Exame De Mamografia	BELA VISTA DE MINAS	150	30,00	0,00	30,00	4.500,00	0,00
Plantão Plantão Médico 12 Horas - Urologia	BELA VISTA DE MINAS	3	1.000,00	0,00	1.000,00	3.000,00	0,00
Sessão Atendimento Individual Na Especialidade De Psicologia ,Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila á Rua Pio XII, S/Nº - Bairro:Bandeirantes / Bela Vista De Minas ,com Carga Horária De 20 Horas Semanais . (Lote 5)	BELA VISTA DE MINAS	45	8,34	0,00	8,34	375,30	0,00
Sessão Atendimentos Individual Na Especialidade De Nutricionista, Com Atendimentos Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias De Saúde Da Família, Com Carga Horária De 40 Hs Semanais. (Lote 3)	BELA VISTA DE MINAS	774	16,15	0,00	16,15	12.500,10	0,00
Sessão Atendimentos Coletivos Compartilhados Na Especialidade De Nutricionista	BELA VISTA DE MINAS	4	35,20	0,00	35,20	140,80	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Sessão Atendimentos Coletivos Compartilhados Na Especialidade De Nutricionista, Com Atendimentos Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias De Saúde Da Família, Com Carga Horária De 40 Hs Semanais. (Lote 3)	BELA VISTA DE MINAS	140	25,29	0,00	25,29	3.540,60	0,00
Sessão Atendimentos Coletivos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento Nas (04) Unidades De Estratégias Saúde Da Família Com Carga Horária De 40 Horas .(Lote 4)	BELA VISTA DE MINAS	86	25,51	0,00	25,51	2.193,86	0,00
Sessão Atendimentos Coletivos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila á Rua Pio XII, S/Nº - Bairro:Bandeirantes / Bela Vista De Minas ,Com Carga Horária De 20 Horas Semanais . (Lote 5)	BELA VISTA DE MINAS	45	14,36	0,00	14,36	646,20	0,00
Sessão Atendimentos Coletivos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento No SASUME `a Rua Modesto De Ávila , Nº 12 - Bairro: Maria Marcelina / Bela Vista De Minas Com Carga Horária De 20 Horas Semanais (Lote 6)	BELA VISTA DE MINAS	126	12,76	0,00	12,76	1.607,76	0,00
Sessão Atendimentos Coletivos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia Com Carga Horária De 30hs Semanais Com Atendimento Nas Unidades De Estratégias De Saúde Da Família.	BELA VISTA DE MINAS	2	39,49	0,00	39,49	78,98	0,00
Sessão Atendimentos Coletivos Na Especialidade De Fisioterapia (Contrato Nº 132/2020)	BELA VISTA DE MINAS	3	37,00	0,00	37,00	111,00	0,00
Sessão Atendimentos Coletivos Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila á Rua Pio XII , S/Nº - Bairro: Bandeirantes , Bela Vista De Minas Com Carga Horária De 40 Horas.(Lote 2)	BELA VISTA DE MINAS	51	25,82	0,00	25,82	1.316,82	0,00
Sessão Atendimentos Coletivos Na Especialidade De Fisioterapia, Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégia E Saúde Da Família , Com Carga Horária De 40hs Semanais.. (Lote 1)	BELA VISTA DE MINAS	59	25,56	0,00	25,56	1.508,04	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila à Rua: Pio XII, S/Nº - Bairro: Bandeirantes ,Com Carga Horária De 20 Hs Semanais (Lote 5)	BELA VISTA DE MINAS	513	12,31	0,00	12,31	6.315,03	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Fisioterapia (Contrato Nº 132/2020)	BELA VISTA DE MINAS	97	28,00	0,00	28,00	2.716,00	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias Da Saúde Da Família, Com Carga Horária De 40 Hs Semanais (Lote 1)	BELA VISTA DE MINAS	160	21,63	0,00	21,63	3.460,80	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila á Rua Pio XII , S/Nº - Bairro: Bandeirantes , Bela Vista De Minas Com Carga Horária De 40 Horas.(Lote 2)	BELA VISTA DE MINAS	222	21,85	0,00	21,85	4.850,70	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Nutricionista	BELA VISTA DE MINAS	66	24,00	0,00	24,00	1.584,00	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Nutricionista, Com Atendimentos Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias De Saúde Da Família, Com Carga Horária De 40 Hs Semanais. (Lote 3)	BELA VISTA DE MINAS	199	20,42	0,00	20,42	4.063,58	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégia E Saúde Da Família , Com Carga Horária De 40hs Semanais.. (Lote 4)	BELA VISTA DE MINAS	209	21,87	0,00	21,87	4.570,83	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento No SASUME `a Rua Modesto De Ávila , Nº 12 - Bairro: Maria Marcelina / Bela Vista De Minas Com Carga Horária De 20 Horas Semanais (Lote 6)	BELA VISTA DE MINAS	141	10,95	0,00	10,95	1.543,95	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia Com Carga Horária De 20hs Semanais Com Atendimento No Centro De Saúde Rondolfo De àvila.	BELA VISTA DE MINAS	47	29,47	0,00	29,47	1.385,09	0,00
Sessão Atendimentos Compartilhados Na Especialidade De Psicologia Com Carga Horária De 30hs Semanais Com Atendimento Nas Unidades De Estratégias De Saúde Da Família.	BELA VISTA DE MINAS	35	29,49	0,00	29,49	1.032,15	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila á Rua Pio XII, S/nº - Bairro: Bandeirantes / Bela Vista De Minas Com Carga Horária De 20 Horas Semanais (Lote 5)	BELA VISTA DE MINAS	624	12,31	0,00	12,31	7.681,44	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento `a Rua Modesto De Ávila , Nº 12 - Bairro: Maria Marcelina / Bela Vista De Minas Com Carga Horária De 20 Horas Semanais (Lote 6))	BELA VISTA DE MINAS	229	10,96	0,00	10,96	2.509,84	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias Da Saúde Da Família, Com Carga Horária De 40 Hs Semanais (Lote 4)	BELA VISTA DE MINAS	147	21,87	0,00	21,87	3.214,89	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Compartilhados Na Especialidade De Nutricionista	BELA VISTA DE MINAS	71	24,00	0,00	24,00	1.704,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Sessão Atendimentos Domiciliares Compartilhados Na Especialidade De Nutricionista, Com Atendimentos Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias De Saúde Da Família, Com Carga Horária De 40 Hs Semanais. (Lote 3)	BELA VISTA DE MINAS	152	20,42	0,00	20,42	3.103,84	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Compartilhados Na Especialidade De Psicologia Com Carga Horária De 20hs Semanais Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila.	BELA VISTA DE MINAS	188	29,47	0,00	29,47	5.540,36	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Compartilhados Na Especialidade De Psicologia Com Carga Horária De 30hs Semanais Com Atendimento Nas Unidades De Estratégias De Saúde Da Família.	BELA VISTA DE MINAS	17	29,49	0,00	29,49	501,33	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Especialidade De Fisioterapia (Contrato Nº 132/2020)	BELA VISTA DE MINAS	81	28,00	0,00	28,00	2.268,00	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias De Saúde Da Família , Com Carga Horária De 40 Horas Semanais (Lote 1)	BELA VISTA DE MINAS	154	20,63	0,00	20,63	3.177,02	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila á Rua Pio XII, S/Nº - Bairro:Bandeirantes / Bela Vista De Minas ,Com Carga Horária De 40 Horas Semanais . (Lote 2)	BELA VISTA DE MINAS	245	20,85	0,00	20,85	5.108,25	0,00
Sessão Atendimentos Individuais Na Especialidade De Fisioterapia (Contrato Nº 132/2020)	BELA VISTA DE MINAS	75	18,00	0,00	18,00	1.350,00	0,00
Sessão Atendimentos Individuais Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila á Rua Pio XII , S/Nº - Bairro: Bandeirantes , Bela Vista De Minas Com Carga Horária De 40 Horas.(Lote 2)	BELA VISTA DE MINAS	384	15,48	0,00	15,48	5.944,32	0,00
Sessão Atendimentos Individuais Na Especialidade De Fisioterapia, Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégia De Saúde Da Família , Com Carga Horária De 40 Hs Semanais.(Lote 1)	BELA VISTA DE MINAS	693	15,34	0,00	15,34	10.630,62	0,00
Sessão Atendimentos Individuais Na Especialidade De Psicologia, Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégia De Saúde Da Família , Com Carga Horária De 40 Hs Semanais.(Lote 4)	BELA VISTA DE MINAS	878	14,83	0,00	14,83	13.020,74	0,00
Sessão Atendimentos Individuais Na Especialidade De Psicologia, Com Atendimento No SASUME à Rua Modesto De Ávila Nº 12 - Bairro Maria Marcelina / Bela Vista De Minas Com Carga Horária De 20 Hs Semanais.(Lote 6)	BELA VISTA DE MINAS	490	7,41	0,00	7,41	3.630,90	0,00
Sessão Atendimentos Individual Em Nutrição	BELA VISTA DE MINAS	302	15,40	0,00	15,40	4.650,80	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Sessão Atendimentos Individual Na Especialidade De Psicologia Com Carga Horária De 30hs Semanais Com Atendimento Nas Unidades De Estratégias De Saúde Da Família.	BELA VISTA DE MINAS	106	18,48	0,00	18,48	1.958,88	0,00
Sessão Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação (TICs) (Contrato Nº 132/2020)	BELA VISTA DE MINAS	60	17,00	0,00	17,00	1.020,00	0,00
Sessão Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação (TICs), Na Especialidade De Fisioterapia Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias De Saúde Da Família Com Carga Horária De 40 Hs Semanais. (Lote 1)	BELA VISTA DE MINAS	223	13,37	0,00	13,37	2.981,51	0,00
Sessão Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação (TICs), Na Especialidade De Psicologia Com Atendimento à Rua: Modesto De Ávila, Nº 12 - Bairro: Maria Marcelina ,Bela Vista De Minas, Com Carga Horária De 20 Hs Semanais. (Lote 6)	BELA VISTA DE MINAS	822	6,07	0,00	6,07	4.989,54	0,00
Sessão Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação (TICs), Na Especialidade De Psicologia Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias De Saúde Da Família Com Carga Horária De 40 Hs Semanais. (Lote 4)	BELA VISTA DE MINAS	517	12,15	0,00	12,15	6.281,55	0,00
Sessão Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação (TICs) , Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila à Rua Pio Xii, S/nº - Bairro: Bandeirantes /Bela Vista De Minas ,com Carga Horária De 40 Horas Semanais .(Lote 2)	BELA VISTA DE MINAS	342	13,52	0,00	13,52	4.623,84	0,00
Sessão Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação (TICs) , Na Especialidade De Nutricionista , Com Atendimento Nas 04 (quatro) Unidades De Estratégias Da Saúde Da Família ,com Carga Horária De 40 Horas Semanais .(Lote 3)	BELA VISTA DE MINAS	537	11,28	0,00	11,28	6.057,36	0,00
Sessão Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação TICs Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolfo De Ávila á Rua Pio XII, S/Nº - Bairro:Bandeirantes / Bela Vista De Minas ,Com Carga Horária De 20 Horas Semanais .(Lote 5)	BELA VISTA DE MINAS	342	6,83	0,00	6,83	2.335,86	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	BELA VISTA DE MINAS	459	25,00	10,90	14,10	11.475,00	5.003,10
Sessão Terapia Ocupacional	BELA VISTA DE MINAS	363	25,00	2,81	22,19	9.075,00	1.020,03
Transporte 2021 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microregião Jm E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, C/s Espera, C/s Retorno	BELA VISTA DE MINAS	2	450,00	0,00	450,00	900,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2021 Ambulância Remoção Interna Dentro Da Microrregião De Saúde De João Monlevade E Micro Região De Saúde De Itabira , Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção C/ou S/ Espera, C/ou S/retorno	BELA VISTA DE MINAS	3	360,00	0,00	360,00	1.080,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância-microrregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Cateterismo E Cintilografia C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	1	935,00	0,00	935,00	935,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Cateterismo E Cintilografia C/s Espera, C/s Retorno.	BELA VISTA DE MINAS	7	2.640,00	0,00	2.640,00	18.480,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel-remoção Interna Dentro Da Microrregião De Jm E Itabira, Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção C/s Espera,c/s Retorno.	BELA VISTA DE MINAS	2	1.320,00	0,00	1.320,00	2.640,00	0,00
Transporte 2021Ambulância Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, C/s Espera,c/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	9	850,00	0,00	850,00	7.650,00	0,00
Transporte 2021Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova,com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	3	2.508,00	0,00	2.508,00	7.524,00	0,00
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	CATAS ALTAS	5	231,87	78,75	153,12	1.159,35	393,75
Cirurgia Cirurgia De Pterígio (01 Olho)	CATAS ALTAS	3	510,00	209,55	300,45	1.530,00	628,65
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Biometria, Tonometria , Mapeamento De Retina , Procedimento Cirúrgico	CATAS ALTAS	25	771,60	0,00	771,60	19.290,00	0,00
Cirurgia Trabectomia (1 Olho)	CATAS ALTAS	2	1.200,00	0,00	1.200,00	2.400,00	0,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	355	55,00	10,00	45,00	19.875,00	3.550,00
Consulta Cardiologia Fora Domicílio Do Prestador (Catas Altas)	CATAS ALTAS	19	57,00	10,00	47,00	1.083,00	190,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	3	55,00	0,00	55,00	169,00	10,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	CATAS ALTAS	51	50,00	10,00	40,00	2.600,00	510,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	CATAS ALTAS	15	50,00	10,00	40,00	758,00	150,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	70	55,00	10,00	45,00	3.924,00	700,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	137	55,00	10,00	45,00	7.583,00	1.370,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	CATAS ALTAS	5	65,50	10,00	55,50	327,50	50,00
Consulta Dermatologia	CATAS ALTAS	183	50,00	10,00	40,00	9.368,00	1.830,00
Consulta Endocrinologia	CATAS ALTAS	35	50,00	10,00	40,00	1.798,00	350,00
Consulta Gastroenterologia	CATAS ALTAS	20	50,00	10,00	40,00	1.024,00	200,00
Consulta Hematologia	CATAS ALTAS	13	50,00	10,00	40,00	662,00	130,00
Consulta Nefrologia	CATAS ALTAS	23	50,00	10,00	40,00	1.184,00	230,00
Consulta Neurologia	CATAS ALTAS	266	50,00	10,00	40,00	13.718,00	2.660,00
Consulta Oftalmologia	CATAS ALTAS	38	27,39	10,00	17,39	1.090,82	380,00
Consulta Oftalmologia (Catatas Altas)	CATAS ALTAS	535	27,39	10,00	17,39	15.297,65	5.350,00
Consulta Ortopedia	CATAS ALTAS	1	50,00	10,00	40,00	50,00	10,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	582	55,00	10,00	45,00	32.768,00	5.820,00
Consulta Otorrinolaringologia	CATAS ALTAS	180	50,00	10,00	40,00	9.230,00	1.800,00
Consulta Proctologia	CATAS ALTAS	9	50,00	10,00	40,00	460,00	90,00
Consulta Urologia (Catatas Altas)	CATAS ALTAS	117	57,00	10,00	47,00	6.669,00	1.170,00
Exame 17 Alfa Hidroxiprogesterona #	CATAS ALTAS	3	16,00	10,20	5,80	48,00	30,60
Exame 25 Hidroxivitamina D #	CATAS ALTAS	894	25,00	15,24	9,76	22.350,00	13.624,56
Exame ácido Fólico #	CATAS ALTAS	555	20,00	15,65	4,35	11.100,00	8.685,75
Exame ácido Oxálico #	CATAS ALTAS	1	12,00	3,68	8,32	12,00	3,68
Exame ácido úrico #	CATAS ALTAS	777	5,00	1,85	3,15	3.885,00	1.437,45
Exame Albumina - Sangue #	CATAS ALTAS	35	5,00	0,00	5,00	175,00	0,00
Exame Aldolase #	CATAS ALTAS	1	7,00	3,68	3,32	7,00	3,68
Exame Aldosterona #	CATAS ALTAS	2	20,00	11,89	8,11	40,00	23,78
Exame Alfa Fetoproteína #	CATAS ALTAS	2	18,00	15,06	2,94	36,00	30,12
Exame Amilase #	CATAS ALTAS	74	5,40	2,25	3,15	399,60	166,50
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	CATAS ALTAS	380	32,00	24,00	8,00	12.160,00	14.170,78
Exame Androstenediona #	CATAS ALTAS	1	18,50	11,53	6,97	18,50	11,53
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	CATAS ALTAS	10	194,12	64,00	130,12	1.941,20	640,00
Exame Anti Endomisio Iga #	CATAS ALTAS	1	30,00	0,00	30,00	30,00	0,00
Exame Anti Hbc Igg #	CATAS ALTAS	3	15,00	18,55	0,00	45,00	55,65
Exame Anti Hbc Igm #	CATAS ALTAS	2	15,00	18,55	0,00	30,00	37,10
Exame Anti Hbc Total #	CATAS ALTAS	3	15,00	18,55	0,00	45,00	55,65
Exame Anti Hbs #	CATAS ALTAS	28	14,00	18,55	0,00	392,00	519,40
Exame Anti Hcv #	CATAS ALTAS	37	15,00	18,55	0,00	555,00	686,35
Exame Anti Microsomal - Anti Tpo #	CATAS ALTAS	70	14,00	17,16	0,00	980,00	1.201,20
Exame Anticoagulante Lúpico #	CATAS ALTAS	4	22,00	0,00	22,00	88,00	0,00
Exame Anticorpos Anti - Dna Nativo #	CATAS ALTAS	4	12,00	8,67	3,33	48,00	34,68

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Anticorpos Anti Rnp #	CATAS ALTAS	3	20,00	0,00	20,00	60,00	0,00
Exame Anticorpos Anti Sm #	CATAS ALTAS	3	10,00	17,16	0,00	30,00	51,48
Exame Anticorpos Anti Ssa/ro #	CATAS ALTAS	4	20,00	18,55	1,45	80,00	74,20
Exame Anticorpos Anti Tireoglobulina #	CATAS ALTAS	2	15,00	17,16	0,00	30,00	34,32
Exame Anticorpos Anti-ss-b La #	CATAS ALTAS	3	20,00	18,55	1,45	60,00	55,65
Exame Anticorpos Dengue Igg #	CATAS ALTAS	1	29,00	30,00	0,00	29,00	30,00
Exame Anticorpos Dengue Igm #	CATAS ALTAS	1	29,00	20,00	9,00	29,00	20,00
Exame Anticorpos Inibidores Do Tsh -trab #	CATAS ALTAS	21	15,00	0,00	15,00	315,00	0,00
Exame Antiestreptolisina	CATAS ALTAS	4	7,00	2,83	4,17	28,00	11,32
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	CATAS ALTAS	53	21,00	21,00	0,00	1.113,00	1.113,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	CATAS ALTAS	48	26,25	26,25	0,00	1.260,00	1.260,00
Exame B-hcg Quantitativo #	CATAS ALTAS	4	12,00	7,85	4,15	48,00	31,40
Exame Baar (2 Amostras) #	CATAS ALTAS	6	7,00	4,20	2,80	42,00	25,20
Exame Baar (3 Amostras) #	CATAS ALTAS	3	7,00	4,20	2,80	21,00	12,60
Exame Bacterioscopia (b A A R) #	CATAS ALTAS	12	7,00	4,20	2,80	84,00	50,40
Exame Bacterioscopia (gram) #	CATAS ALTAS	56	6,50	2,80	3,70	364,00	156,80
Exame Bacterioscopia Sec. Vaginal #	CATAS ALTAS	2	7,00	0,00	7,00	14,00	0,00
Exame Beta 2 Microgubulinas #	CATAS ALTAS	2	25,00	13,55	11,45	50,00	27,10
Exame Bhcg Qualitativo #	CATAS ALTAS	17	10,00	7,85	2,15	170,00	133,45
Exame Bilirrubina #	CATAS ALTAS	72	7,00	2,01	4,99	504,00	144,72
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	CATAS ALTAS	2	83,55	24,24	59,31	167,10	48,48
Exame Biópsia Aspirativa	CATAS ALTAS	14	25,32	0,00	25,32	354,48	0,00
Exame Biópsia Transretal	CATAS ALTAS	5	228,00	92,38	135,62	1.140,00	461,90
Exame C A 19.9 #	CATAS ALTAS	2	15,00	0,00	15,00	30,00	0,00
Exame C E A #	CATAS ALTAS	13	15,00	13,35	1,65	195,00	173,55
Exame C P K #	CATAS ALTAS	340	9,50	3,68	5,82	3.230,00	1.251,20
Exame C P K - M B #	CATAS ALTAS	1	19,00	0,00	19,00	19,00	0,00
Exame Ca 125 #	CATAS ALTAS	4	15,00	0,00	15,00	60,00	0,00
Exame Cálcio #	CATAS ALTAS	750	5,00	1,85	3,15	3.750,00	1.387,50
Exame Cálcio Iônico #	CATAS ALTAS	23	7,50	3,51	3,99	172,50	80,73
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	CATAS ALTAS	52	104,50	40,00	64,50	5.434,00	2.080,00
Exame Capacidade De Fixação De Ferro (ctlf) #	CATAS ALTAS	14	13,00	2,01	10,99	182,00	28,14
Exame Carbamazepina #	CATAS ALTAS	4	15,00	17,53	0,00	60,00	70,12
Exame Cardiolipina I G G (Anti) #	CATAS ALTAS	3	26,00	10,00	16,00	78,00	30,00
Exame Cardiolipina I G M (Anti) #	CATAS ALTAS	3	26,00	10,00	16,00	78,00	30,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	CATAS ALTAS	3	1.200,00	0,00	1.200,00	3.600,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	CATAS ALTAS	5	518,10	408,52	109,58	2.590,50	2.042,60
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	CATAS ALTAS	5	518,10	383,07	135,03	2.590,50	1.915,35
Exame Cistina #	CATAS ALTAS	1	10,00	2,04	7,96	10,00	2,04
Exame Citomegalovírus Igg #	CATAS ALTAS	3	15,00	11,00	4,00	45,00	33,00
Exame Citomegalovírus Igm #	CATAS ALTAS	4	15,00	11,61	3,39	60,00	46,44
Exame Citrato Urinário #	CATAS ALTAS	3	10,00	2,01	7,99	30,00	6,03
Exame Clearence De Creatinina #	CATAS ALTAS	17	11,00	3,51	7,49	187,00	59,67
Exame Cloreto #	CATAS ALTAS	206	5,00	1,85	3,15	1.030,00	381,10
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Colesterol Hdl #	CATAS ALTAS	1.682	6,00	3,51	2,49	10.092,00	5.903,82
Exame Colesterol Ldl #	CATAS ALTAS	1.677	3,00	3,51	0,00	5.031,00	5.886,27
Exame Colesterol Total #	CATAS ALTAS	1.680	5,00	1,85	3,15	8.400,00	3.108,00
Exame Colesterol Vldl #	CATAS ALTAS	1.243	2,70	0,00	2,70	3.356,10	0,00
Exame Combs Indireto #	CATAS ALTAS	19	12,50	2,73	9,77	237,50	51,87
Exame Complemento 3 (C 3) #	CATAS ALTAS	7	13,60	17,16	0,00	95,20	120,12
Exame Complemento 4 (C 4) #	CATAS ALTAS	6	13,60	17,16	0,00	81,60	102,96
Exame Complemento Ch 50 #	CATAS ALTAS	2	30,00	9,25	20,75	60,00	18,50
Exame Cortisol #	CATAS ALTAS	10	14,80	9,86	4,94	148,00	98,60
Exame Creatinina #	CATAS ALTAS	1.752	4,80	1,85	2,95	8.409,60	3.241,20
Exame Cultura Anaeróbios #	CATAS ALTAS	1	20,00	0,00	20,00	20,00	0,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	CATAS ALTAS	38	104,00	10,11	93,89	3.952,00	384,18
Exame Curva Glicêmica #	CATAS ALTAS	26	25,00	3,63	21,37	650,00	94,38
Exame D H E A #	CATAS ALTAS	5	14,00	11,25	2,75	70,00	56,25
Exame Dehidrotestosterona #	CATAS ALTAS	2	14,00	11,71	2,29	28,00	23,42
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	CATAS ALTAS	32	120,00	55,10	64,90	3.840,00	1.763,20
Exame Desidrogenase Láctica - Ldh #	CATAS ALTAS	55	7,00	3,68	3,32	385,00	202,40
Exame Dimero D #	CATAS ALTAS	6	63,00	0,00	63,00	378,00	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	CATAS ALTAS	18	155,00	39,60	115,40	2.790,00	712,80
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	CATAS ALTAS	21	155,00	39,60	115,40	3.255,00	831,60
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	CATAS ALTAS	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan De Aorta E Ilíacas	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	CATAS ALTAS	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	CATAS ALTAS	13	175,00	39,60	135,40	2.275,00	514,80
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	CATAS ALTAS	42	155,00	39,60	115,40	6.510,00	1.663,20
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	CATAS ALTAS	47	155,00	39,60	115,40	7.285,00	1.861,20
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Eco Transesofágico	CATAS ALTAS	2	450,00	165,00	285,00	900,00	330,00
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	CATAS ALTAS	82	155,00	39,94	115,06	12.710,00	3.275,08
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	CATAS ALTAS	2	293,66	39,94	253,72	587,32	79,88
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	CATAS ALTAS	3	105,99	24,20	81,79	317,97	72,60
Exame Eletroencefalograma Em Sono/ Vigília	CATAS ALTAS	2	100,00	25,00	75,00	200,00	50,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília	CATAS ALTAS	23	50,00	11,34	38,66	1.150,00	260,82
Exame Eletroforese De Hemoglobina #	CATAS ALTAS	15	18,00	5,41	12,59	270,00	81,15
Exame Eletroforese De Proteínas (soro) #	CATAS ALTAS	14	10,00	4,42	5,58	140,00	61,88
Exame Eletroneuromiografia De M I D	CATAS ALTAS	3	168,00	27,00	141,00	504,00	81,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	CATAS ALTAS	3	168,00	27,00	141,00	504,00	81,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	CATAS ALTAS	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	CATAS ALTAS	5	168,00	27,00	141,00	840,00	135,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	CATAS ALTAS	47	19,00	13,51	5,49	893,00	634,97
Exame Emissões Otoacústicas Evocada Transitória E Produto De Distorção (eoa)	CATAS ALTAS	1	46,88	46,88	0,00	46,88	46,88
Exame Epstein Baar Igg#	CATAS ALTAS	1	20,00	17,16	2,84	20,00	17,16
Exame Epstein Baar Igm #	CATAS ALTAS	1	20,00	17,16	2,84	20,00	17,16
Exame Espermograma #	CATAS ALTAS	2	20,00	9,70	10,30	40,00	19,40
Exame Esquistossomose Anticorpos Igg -ifi #	CATAS ALTAS	2	14,00	0,00	14,00	28,00	0,00
Exame Estradiol #	CATAS ALTAS	42	12,00	10,15	1,85	504,00	426,30
Exame Estrógeno (E 2) #	CATAS ALTAS	1	12,00	0,00	12,00	12,00	0,00
Exame Estudo Urodinâmico	CATAS ALTAS	1	250,00	7,62	242,38	250,00	7,62
Exame Exame Direto - Fungos (micológico) #	CATAS ALTAS	14	7,50	0,00	7,50	105,00	0,00
Exame F T A Abs Igm #	CATAS ALTAS	5	14,00	10,00	4,00	70,00	50,00
Exame Fator Anti Nuclear (Fan) #	CATAS ALTAS	42	11,80	17,16	0,00	495,60	720,72
Exame Fator Reumatóide#	CATAS ALTAS	7	5,50	2,83	2,67	38,50	19,81
Exame Fator Rh + Du #	CATAS ALTAS	6	5,90	1,37	4,53	35,40	8,22
Exame Fenitoina #	CATAS ALTAS	1	16,00	35,22	0,00	16,00	35,22
Exame Fenobarbital #	CATAS ALTAS	2	12,00	13,13	0,00	24,00	26,26
Exame Ferritina #	CATAS ALTAS	728	14,50	15,59	0,00	10.556,00	11.349,52
Exame Ferro Sérico #	CATAS ALTAS	115	4,50	3,51	0,99	517,50	403,65

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Fibrinogênio #	CATAS ALTAS	1	15,00	4,60	10,40	15,00	4,60
Exame Fibrinase (Laringoscopia, Faringoscopia)	CATAS ALTAS	19	90,00	45,50	44,50	1.710,00	864,50
Exame Fosfatase Alcalina #	CATAS ALTAS	159	5,00	2,01	2,99	795,00	319,59
Exame Fósforo #	CATAS ALTAS	33	5,00	1,85	3,15	165,00	61,05
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	CATAS ALTAS	6	257,50	75,15	182,35	1.545,00	450,90
Exame Frutosemina / Proteína Glicosilada #	CATAS ALTAS	11	9,00	0,00	9,00	99,00	0,00
Exame Fsh#	CATAS ALTAS	86	12,00	7,89	4,11	1.032,00	678,54
Exame Fta-abs Igg #	CATAS ALTAS	6	14,00	10,00	4,00	84,00	60,00
Exame Fundoscopia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	1	26,28	3,37	22,91	26,28	3,37
Exame Fungos - Cultura#	CATAS ALTAS	2	15,00	0,00	15,00	30,00	0,00
Exame Gama Gt #	CATAS ALTAS	436	5,00	3,51	1,49	2.180,00	1.530,36
Exame Glicose Dextrosol 75g #	CATAS ALTAS	12	14,00	0,00	14,00	168,00	0,00
Exame Glicose Em Jejum #	CATAS ALTAS	1.911	5,00	1,85	3,15	9.555,00	3.535,35
Exame Glicose Pós Prandial #	CATAS ALTAS	19	5,00	1,85	3,15	95,00	35,15
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	36	31,00	6,74	24,26	1.116,00	242,64
Exame Grupo Sanguíneo Abo #	CATAS ALTAS	6	6,00	1,37	4,63	36,00	8,22
Exame Hav Igg #	CATAS ALTAS	3	22,00	18,55	3,45	66,00	55,65
Exame Hav Igm #	CATAS ALTAS	2	22,00	18,55	3,45	44,00	37,10
Exame Hbsag #	CATAS ALTAS	14	14,00	18,55	0,00	196,00	259,70
Exame Hemoglobina Glicosilada #	CATAS ALTAS	971	12,00	7,86	4,14	11.652,00	7.632,06
Exame Hemograma #	CATAS ALTAS	1.252	8,50	4,11	4,39	10.642,00	5.145,72
Exame Hemossedimentação #	CATAS ALTAS	43	5,00	2,73	2,27	215,00	117,39
Exame Herpes Simples Igg #	CATAS ALTAS	6	18,00	17,16	0,84	108,00	102,96
Exame Herpes Simples Igm #	CATAS ALTAS	6	18,00	17,16	0,84	108,00	102,96
Exame Hgh Hormônio De Crescimento#	CATAS ALTAS	1	16,00	10,21	5,79	16,00	10,21
Exame Hiv #	CATAS ALTAS	68	18,00	10,00	8,00	1.224,00	680,00
Exame Holter 24 Horas	CATAS ALTAS	29	100,00	30,00	70,00	2.900,00	870,00
Exame Htlv 1 E 2 #	CATAS ALTAS	1	25,00	18,55	6,45	25,00	18,55
Exame Ifi Chagas Igg#	CATAS ALTAS	5	10,00	10,00	0,00	50,00	50,00
Exame Ifi Chagas Igm #	CATAS ALTAS	3	15,00	10,00	5,00	45,00	30,00
Exame Ifi Clamidia Igg #	CATAS ALTAS	1	20,00	10,00	10,00	20,00	10,00
Exame Ifi Clamidia Igm #	CATAS ALTAS	1	20,00	10,00	10,00	20,00	10,00
Exame Ige Específico #	CATAS ALTAS	53	14,00	0,00	14,00	742,00	0,00
Exame Ige Total #	CATAS ALTAS	19	12,00	9,25	2,75	228,00	175,75
Exame Impedanciometria	CATAS ALTAS	41	23,00	23,00	0,00	943,00	943,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Implante De Anel Intraestomal + Pentacam E Avaliação	CATAS ALTAS	1	5.100,00	0,00	5.100,00	5.100,00	0,00
Exame Imunoglobulina (Iga) #	CATAS ALTAS	15	14,00	17,16	0,00	210,00	257,40
Exame Imunoglobulina Igg #	CATAS ALTAS	12	10,00	0,00	10,00	120,00	0,00
Exame Imunoglobulina Igm #	CATAS ALTAS	11	12,00	17,16	0,00	132,00	188,76
Exame índice De Saturação Transferrina #	CATAS ALTAS	9	7,00	0,00	7,00	63,00	0,00
Exame Insulina #	CATAS ALTAS	148	13,00	10,17	2,83	1.924,00	1.505,16
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	CATAS ALTAS	6	228,72	45,00	183,72	1.372,32	270,00
Exame Lh #	CATAS ALTAS	66	12,00	8,97	3,03	792,00	592,02
Exame Lípase #	CATAS ALTAS	57	6,00	2,25	3,75	342,00	128,25
Exame Lítio #	CATAS ALTAS	22	8,00	2,25	5,75	176,00	49,50
Exame Magnésio #	CATAS ALTAS	40	5,00	2,01	2,99	200,00	80,40
Exame Mamografia Bilateral	CATAS ALTAS	2	90,00	45,00	45,00	180,00	90,00
Exame Mamografia Bilateral/ Cismepi	CATAS ALTAS	25	15,00	45,00	0,00	375,00	1.125,00
Exame Mamografia Unilateral/ Cismepi	CATAS ALTAS	2	15,00	22,50	0,00	15,00	45,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	CATAS ALTAS	14	112,00	10,07	101,93	1.568,00	140,98
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	CATAS ALTAS	3	24,24	24,24	0,00	72,72	72,72
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	CATAS ALTAS	38	24,24	24,24	0,00	921,12	921,12
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (Consulta) Catas Altas	CATAS ALTAS	535	24,24	24,24	0,00	12.968,40	12.968,40
Exame Metanefrinas Urinárias #	CATAS ALTAS	1	46,00	0,00	46,00	46,00	0,00
Exame Microalbuminúria #	CATAS ALTAS	212	12,00	8,12	3,88	2.544,00	1.721,44
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	CATAS ALTAS	1	216,00	24,24	191,76	216,00	24,24
Exame Mucoproteínas #	CATAS ALTAS	13	8,00	2,01	5,99	104,00	26,13
Exame PAAF Da Cervical Guiada Por Ultrassom (unilateral)	CATAS ALTAS	2	260,00	0,00	260,00	520,00	0,00
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	CATAS ALTAS	1	63,25	3,37	59,88	63,25	3,37
Exame Paquimetria (01 Olho)	CATAS ALTAS	88	61,33	14,81	46,52	5.397,04	1.303,28
Exame Parasitológico #	CATAS ALTAS	93	5,00	1,65	3,35	465,00	153,45
Exame Parasitológico No Mif #	CATAS ALTAS	8	5,00	1,65	3,35	40,00	13,20
Exame Paratormônio (p T H) #	CATAS ALTAS	50	19,00	43,13	0,00	950,00	2.156,50
Exame Peptídeo C #	CATAS ALTAS	4	15,00	15,35	0,00	60,00	61,40
Exame Pesquisa De Estreptococos Grupo B #	CATAS ALTAS	18	17,00	0,00	17,00	306,00	0,00
Exame Pesquisa De Sangue Oculto #	CATAS ALTAS	62	8,00	1,65	6,35	496,00	102,30
Exame Pet Scan Ct	CATAS ALTAS	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Exame Plaquetas Manual #	CATAS ALTAS	11	5,00	2,73	2,27	55,00	30,03
Exame Polissonografia	CATAS ALTAS	5	450,00	125,00	325,00	2.250,00	625,00
Exame Potássio #	CATAS ALTAS	713	5,00	1,85	3,15	3.565,00	1.319,05

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Progesterona #	CATAS ALTAS	31	12,00	10,22	1,78	372,00	316,82
Exame Prolactina #	CATAS ALTAS	47	12,00	10,15	1,85	564,00	477,05
Exame Proteína C Reativa #	CATAS ALTAS	32	7,00	2,83	4,17	224,00	90,56
Exame Proteínas Totais #	CATAS ALTAS	4	7,00	1,40	5,60	28,00	5,60
Exame Proteínas Totais E Frações #	CATAS ALTAS	40	7,00	1,85	5,15	280,00	74,00
Exame Proteinúria 24 Hs #	CATAS ALTAS	28	7,00	2,04	4,96	196,00	57,12
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	CATAS ALTAS	36	120,00	6,36	113,64	4.320,00	228,96
Exame Psa Total #	CATAS ALTAS	105	15,00	16,42	0,00	1.575,00	1.724,10
Exame Psa Total/livre #	CATAS ALTAS	77	15,00	16,42	0,00	1.155,00	1.264,34
Exame Punção Da Tireóide (paaf De Tireóide) Com Anestésico, Guiada Por US	CATAS ALTAS	1	835,00	23,73	811,27	835,00	23,73
Exame Raio X Panorâmico Coluna	CATAS ALTAS	2	125,00	0,00	125,00	250,00	0,00
Exame Relação De Proteínas / Creatinina #	CATAS ALTAS	10	13,00	0,00	13,00	130,00	0,00
Exame Renina #	CATAS ALTAS	2	40,00	13,19	26,81	80,00	26,38
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	CATAS ALTAS	2	750,00	361,25	388,75	1.500,00	722,50
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	CATAS ALTAS	2	1.000,00	268,75	731,25	2.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Atm (Bilateral)	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	CATAS ALTAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	CATAS ALTAS	24	500,00	268,75	231,25	12.000,00	6.450,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	CATAS ALTAS	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	CATAS ALTAS	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	CATAS ALTAS	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	CATAS ALTAS	25	500,00	268,75	231,25	12.500,00	6.718,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	CATAS ALTAS	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	CATAS ALTAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral)	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tornozele (Unilateral)	CATAS ALTAS	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Reticulócitos #	CATAS ALTAS	35	6,00	2,73	3,27	210,00	95,55
Exame Retinografia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	39	74,50	24,68	49,82	2.905,50	962,52
Exame Rubéola Igg #	CATAS ALTAS	40	13,40	17,16	0,00	536,00	686,40
Exame Rubéola Igm #	CATAS ALTAS	39	13,40	17,16	0,00	522,60	669,24
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	CATAS ALTAS	2	180,54	47,76	132,78	361,08	95,52
Exame Rx Histerossalpingografia	CATAS ALTAS	2	186,44	45,34	141,10	372,88	90,68
Exame Shbg Globulina Ligadura De Hormônios Sexuais #	CATAS ALTAS	11	28,00	0,00	28,00	308,00	0,00
Exame Sódio #	CATAS ALTAS	333	5,00	1,85	3,15	1.665,00	616,05
Exame Somatomedina C (igf1)#	CATAS ALTAS	1	32,00	15,35	16,65	32,00	15,35
Exame Sulf. Dehidroepiandrosterona - Sdhea #	CATAS ALTAS	3	15,00	13,11	1,89	45,00	39,33
Exame T 3 Livre #	CATAS ALTAS	2	12,00	12,54	0,00	24,00	25,08
Exame T 3 Total #	CATAS ALTAS	180	12,00	8,71	3,29	2.160,00	1.567,80
Exame T 4 Livre #	CATAS ALTAS	426	12,00	11,60	0,40	5.112,00	4.941,60
Exame T 4 Total #	CATAS ALTAS	63	12,00	8,76	3,24	756,00	551,88
Exame T S H #	CATAS ALTAS	1.257	12,00	8,96	3,04	15.084,00	11.262,72
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	CATAS ALTAS	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	CATAS ALTAS	2	207,94	138,63	69,31	415,88	277,26
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	CATAS ALTAS	16	420,00	138,63	281,37	6.720,00	2.218,08
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	CATAS ALTAS	69	320,00	138,63	181,37	22.080,00	9.565,47
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	8	130,14	86,76	43,38	1.041,12	694,08
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	2	130,14	86,76	43,38	260,28	173,52
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	17	136,50	101,10	35,40	2.320,50	1.718,70
Exame Tc. Coxo Femural S/ Contraste (unilateral)	CATAS ALTAS	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	CATAS ALTAS	2	230,00	97,44	132,56	460,00	194,88
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	CATAS ALTAS	124	130,00	97,44	32,56	16.120,00	12.082,56
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	CATAS ALTAS	7	270,00	0,00	270,00	1.890,00	0,00
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	CATAS ALTAS	1	130,00	97,44	32,56	130,00	97,44
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	CATAS ALTAS	2	307,94	138,63	169,31	615,88	277,26
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	CATAS ALTAS	5	207,94	138,63	69,31	1.039,70	693,15
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	CATAS ALTAS	3	230,12	86,75	143,37	690,36	260,25

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares S/Contraste	CATAS ALTAS	1	130,12	86,75	43,37	130,12	86,75
Exame Tc. Quadril S/ Contraste (unilateral)	CATAS ALTAS	1	110,00	0,00	110,00	110,00	0,00
Exame Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	CATAS ALTAS	4	130,00	86,75	43,25	520,00	347,00
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	CATAS ALTAS	7	130,00	86,75	43,25	910,00	607,25
Exame Tc. Sela Túcica C/ Contraste	CATAS ALTAS	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	CATAS ALTAS	7	304,61	136,41	168,20	2.132,27	954,87
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	CATAS ALTAS	124	204,61	136,41	68,20	25.371,64	16.914,84
Exame Tempo De Protrombina #	CATAS ALTAS	79	6,00	2,73	3,27	474,00	215,67
Exame Tempo De Trombop. Parcial #	CATAS ALTAS	37	6,00	0,00	6,00	222,00	0,00
Exame Teste De Detecção Do Coronavírus Por RP-PCR (A Coleta No Paciente Será Realizada Pelo Serviço De Saúde Do Município E Entregue No Estabelecimento Do Contratado)	CATAS ALTAS	166	220,00	0,00	220,00	36.520,00	0,00
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	CATAS ALTAS	31	90,00	30,00	60,00	2.790,00	930,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	CATAS ALTAS	1	90,00	12,34	77,66	90,00	12,34
Exame Testosterona Livre #	CATAS ALTAS	55	20,00	13,11	6,89	1.100,00	721,05
Exame Testosterona Total #	CATAS ALTAS	58	12,00	10,43	1,57	696,00	604,94
Exame Tireoglobulina #	CATAS ALTAS	2	15,00	15,35	0,00	30,00	30,70
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 1 Olho	CATAS ALTAS	1	210,00	0,00	210,00	210,00	0,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	CATAS ALTAS	48	420,00	48,00	372,00	20.160,00	2.304,00
Exame Tonometria De Aplanção (02 Olhos) Exame	CATAS ALTAS	1	3,37	3,37	0,00	3,37	3,37
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	CATAS ALTAS	38	3,37	3,37	0,00	128,06	128,06
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (Consulta) Catas Altas	CATAS ALTAS	535	3,37	3,37	0,00	1.802,95	1.802,95
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	CATAS ALTAS	5	127,36	24,24	103,12	636,80	121,20
Exame Toxoplasmose Igg #	CATAS ALTAS	79	12,00	16,97	0,00	948,00	1.340,63
Exame Toxoplasmose Igm #	CATAS ALTAS	79	12,00	18,55	0,00	948,00	1.465,45
Exame Toxoplasmose Teste De Aidez #	CATAS ALTAS	2	30,00	0,00	30,00	60,00	0,00
Exame Transaminase Oxalacética - Tgo #	CATAS ALTAS	550	5,00	2,01	2,99	2.750,00	1.105,50
Exame Transaminase Pirúvica - Tgp #	CATAS ALTAS	546	5,00	2,01	2,99	2.730,00	1.097,46
Exame Transferrina#	CATAS ALTAS	11	12,00	4,12	7,88	132,00	45,32
Exame Transglutamenase Anti Iga #	CATAS ALTAS	2	40,00	0,00	40,00	80,00	0,00
Exame Transplante Conjutival (1 Olho)	CATAS ALTAS	1	403,50	0,00	403,50	403,50	0,00
Exame Triglicerides #	CATAS ALTAS	1.679	5,00	3,51	1,49	8.395,00	5.893,29
Exame Uréia #	CATAS ALTAS	1.103	5,00	1,85	3,15	5.515,00	2.040,55

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Uretrocistografia	CATAS ALTAS	1	199,42	52,11	147,31	199,42	52,11
Exame Urina Rotina #	CATAS ALTAS	231	4,50	3,70	0,80	1.039,50	854,70
Exame Urocultura #	CATAS ALTAS	366	15,00	5,62	9,38	5.490,00	2.056,92
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	CATAS ALTAS	26	66,50	24,20	42,30	1.729,00	629,20
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	CATAS ALTAS	103	102,00	37,95	64,05	10.506,00	3.908,85
Exame Us. Antebraço (unilateral)	CATAS ALTAS	2	60,50	24,20	36,30	121,00	48,40
Exame Us. Articulações	CATAS ALTAS	2	60,50	24,20	36,30	121,00	48,40
Exame Us. Axilas (bilateral)	CATAS ALTAS	38	80,00	0,00	80,00	3.040,00	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	CATAS ALTAS	8	166,32	24,20	142,12	1.330,56	193,60
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	CATAS ALTAS	2	60,50	24,20	36,30	121,00	48,40
Exame US. Coxa Unilateral	CATAS ALTAS	1	80,00	24,20	55,80	80,00	24,20
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	CATAS ALTAS	95	60,50	24,20	36,30	5.747,50	2.299,00
Exame Us. Endovaginal Com Doppler	CATAS ALTAS	3	110,00	24,20	85,80	330,00	72,60
Exame Us. Glândulas Salivares (Todas)	CATAS ALTAS	6	55,00	24,20	30,80	330,00	145,20
Exame Us. Joelho Unilateral	CATAS ALTAS	3	55,00	24,20	30,80	165,00	72,60
Exame Us. Mamárias (bilateral)	CATAS ALTAS	42	80,00	24,20	55,80	3.360,00	1.016,40
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	CATAS ALTAS	27	115,50	24,20	91,30	3.118,50	653,40
Exame Us. Obstétrica Por Feto	CATAS ALTAS	60	55,00	24,20	30,80	3.300,00	1.452,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	CATAS ALTAS	2	105,60	39,60	66,00	211,20	79,20
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	CATAS ALTAS	5	55,00	24,20	30,80	275,00	121,00
Exame Us. Ombro Unilateral	CATAS ALTAS	47	55,00	24,20	30,80	2.585,00	1.137,40
Exame US. Órgãos Superficiais (Escroto, Pênis , Crânio) Com Doppler	CATAS ALTAS	1	184,80	0,00	184,80	184,80	0,00
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	CATAS ALTAS	16	60,50	24,20	36,30	968,00	387,20
Exame Us. Partes Moles	CATAS ALTAS	3	55,00	0,00	55,00	165,00	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	CATAS ALTAS	3	55,00	24,20	30,80	165,00	72,60
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	CATAS ALTAS	19	60,50	24,20	36,30	1.149,50	459,80
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	CATAS ALTAS	29	55,00	24,20	30,80	1.595,00	701,80
Exame Us. Perna Unilateral	CATAS ALTAS	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Próstata Transretal Com Doppler	CATAS ALTAS	1	184,80	24,20	160,60	184,80	24,20
Exame Us. Punho (unilateral)	CATAS ALTAS	10	55,00	24,20	30,80	550,00	242,00
Exame Us. Quadril (unilateral)	CATAS ALTAS	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	CATAS ALTAS	7	55,00	0,00	55,00	385,00	0,00
Exame Us. Região Inguinal (unilateral)	CATAS ALTAS	3	27,50	0,00	27,50	82,50	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Região Occipital	CATAS ALTAS	1	44,00	0,00	44,00	44,00	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	CATAS ALTAS	4	66,50	24,20	42,30	266,00	96,80
Exame Us. Tendões (unilateral)	CATAS ALTAS	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	CATAS ALTAS	4	55,00	24,20	30,80	220,00	96,80
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	CATAS ALTAS	11	147,84	24,20	123,64	1.626,24	266,20
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	CATAS ALTAS	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	CATAS ALTAS	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us.rins E Vias Urinárias	CATAS ALTAS	71	66,50	24,20	42,30	4.721,50	1.718,20
Exame Us.transretal	CATAS ALTAS	5	52,00	24,20	27,80	260,00	121,00
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal	CATAS ALTAS	15	110,00	24,20	85,80	1.650,00	363,00
Exame V D R L #	CATAS ALTAS	17	5,00	2,83	2,17	85,00	48,11
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	CATAS ALTAS	9	90,00	45,50	44,50	810,00	409,50
Exame Vitamina B12#	CATAS ALTAS	837	12,00	15,24	0,00	10.044,00	12.755,88
Exame Vitamina B6#	CATAS ALTAS	1	70,00	0,00	70,00	70,00	0,00
Exame Zinco #	CATAS ALTAS	28	13,00	15,65	0,00	364,00	438,20
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	CATAS ALTAS	7	2.128,00	0,00	2.128,00	14.896,00	0,00
Laudo Emissão De Laudo Para Exame De Mamografia	CATAS ALTAS	26	30,00	0,00	30,00	780,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas (Catas Altas)	CATAS ALTAS	13	1.000,00	0,00	1.000,00	13.000,00	0,00
Procedimento Odontológico Adequação Do Meio Bucal Com Cimento De Óxido De Zinco E Eugenol (por Hemiarçada) (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	1	190,00	0,00	190,00	190,00	0,00
Procedimento Odontológico Condicionamento Em Odontopediatria (máximo 2 Sessões) (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	11	138,84	0,00	138,84	1.527,24	0,00
Procedimento Odontológico Consulta/Avaliação - Luiza Hosken Marques (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	22	103,00	0,00	103,00	2.266,00	0,00
Procedimento Odontológico Consulta/Avaliação - Marcelo Martins Marques (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	14	145,00	0,00	145,00	2.030,00	0,00
Procedimento Odontológico Exodontia à Retalho (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	7	205,00	0,00	205,00	1.435,00	0,00
Procedimento Odontológico Exodontia De Dentes Decíduos (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	10	93,60	0,00	93,60	936,00	0,00
Procedimento Odontológico Frenectomia / Bridectomia (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	1	255,00	0,00	255,00	255,00	0,00
Procedimento Odontológico Remoção De Dentes Inclusos E/ou Impactados (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	26	399,00	0,00	399,00	10.374,00	0,00
Procedimento Odontológico Restauração Cimento Ionômero De Vidro 01 Face (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	17	147,00	0,00	147,00	2.499,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Procedimento Odontológico Restauração Em Resina Composta Em Dentes Decíduos (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	5	189,00	0,00	189,00	945,00	0,00
Procedimento Odontológico Tratamento Endodôntico Em Dentes Decíduos (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	5	254,29	0,00	254,29	1.271,45	0,00
Sessão Fisioterapia Ginecológica	CATAS ALTAS	42	25,00	0,00	25,00	1.050,00	0,00
Sessão Fisioterapia Neurológica	CATAS ALTAS	195	19,00	4,67	14,33	3.705,00	910,65
Sessão Fisioterapia Ortopédica	CATAS ALTAS	799	10,00	0,00	10,00	7.990,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	CATAS ALTAS	563	25,00	10,90	14,10	14.075,00	6.136,70
Transporte 2021 Ambulância Remoção Interna Em Jm, itabira , Por Prestador Com Sede Onde Ocorrerá A Transferência Ou Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção, C/ Ou Sem Espera , C/ou S/ Retorno	CATAS ALTAS	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel Neonatal - Remoção Das Cidades Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, municípios Da Região Metropolitana, vale Do Aço E Ponte Nova C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	2	3.300,00	0,00	3.300,00	6.600,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel Pediátrica - Remoção Das Cidades Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, municípios Da Região Metropolitana, vale Do Aço E Ponte Nova C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microregião Jm E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Cidades, C/s Espera, C/s Retorno	CATAS ALTAS	33	450,00	0,00	450,00	14.850,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância Remoção Interna Em Bh Municípios Da Região Metropolitana , Vale Do Aço E Ponte Nova Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção.c/ou S/ Espera , C/ou S/ Retorno	CATAS ALTAS	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel - Remoção Interna Dentro Da Micro De Jm, Micro Itabira , Por Prestador Com Sede Onde Ocorrerá A Transferência Ou Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção, C/ Ou Sem Espera , C/ou S/ Retorno	CATAS ALTAS	3	770,00	0,00	770,00	2.310,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel - Transporte Cancelado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede, localizado Dentro Da Micro Região De Saúde De Jm E Itabira, Para Outros Município Das Micros Cidades	CATAS ALTAS	1	880,00	0,00	880,00	880,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2021 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Cateterismo E Cintilografia C/s Espera, C/s Retorno.	CATAS ALTAS	2	2.640,00	0,00	2.640,00	5.280,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, C/s Espera,c/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	23	850,00	0,00	850,00	19.550,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova,com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	11	2.508,00	0,00	2.508,00	27.588,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	10	1.650,00	0,00	1.650,00	16.500,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	155	180,00	22,27	157,73	27.900,00	3.451,85
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	JOÃO MONLEVADE	14	180,00	22,27	157,73	2.520,00	311,78
Cirurgia Blefaroplastia Ambos Os Olhos	JOÃO MONLEVADE	1	2.900,00	0,00	2.900,00	2.900,00	0,00
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	10	231,87	78,75	153,12	2.318,70	787,50
Cirurgia Cirurgia De Calázio / Exerese De Calázio (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	1	406,25	78,75	327,50	406,25	78,75
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	JOÃO MONLEVADE	3	2.500,00	0,00	2.500,00	7.500,00	0,00
Cirurgia Cirurgia De Pterígio (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	1	510,00	209,55	300,45	510,00	209,55
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	JOÃO MONLEVADE	24	957,00	76,50	880,50	22.968,00	1.836,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	32	64,00	25,00	39,00	2.048,00	800,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	546	55,00	10,00	45,00	30.208,00	5.460,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	26	55,00	0,00	55,00	1.472,00	120,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	JOÃO MONLEVADE	1.641	50,00	10,00	40,00	83.948,00	16.410,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	JOÃO MONLEVADE	618	50,00	10,00	40,00	31.580,00	6.180,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	162	55,00	10,00	45,00	9.072,00	1.620,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	254	55,00	10,00	45,00	14.330,00	2.540,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	JOÃO MONLEVADE	5	65,50	10,00	55,50	327,50	50,00
Consulta Consulta Reumatologia	JOÃO MONLEVADE	1	43,00	0,00	43,00	43,00	0,00
Consulta Endocrinologia	JOÃO MONLEVADE	381	50,00	10,00	40,00	19.530,00	3.810,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	JOÃO MONLEVADE	15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Hematologia	JOÃO MONLEVADE	15	50,00	10,00	40,00	764,00	150,00
Consulta Neurologia	JOÃO MONLEVADE	597	50,00	10,00	40,00	30.806,00	5.970,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Oftalmologia	JOÃO MONLEVADE	2.310	27,39	10,00	17,39	65.712,90	23.100,00
Consulta Ortopedia	JOÃO MONLEVADE	2.200	50,00	10,00	40,00	112.944,00	22.000,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	16	57,00	10,00	47,00	912,00	160,00
Consulta Otorrinolaringologia	JOÃO MONLEVADE	584	50,00	10,00	40,00	29.872,00	5.840,00
Consulta Proctologia	JOÃO MONLEVADE	134	50,00	10,00	40,00	6.802,00	1.340,00
Consulta Urologia	JOÃO MONLEVADE	408	50,00	10,00	40,00	20.956,00	4.080,00
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	23	194,12	64,00	130,12	4.464,76	1.472,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	JOÃO MONLEVADE	13	500,00	0,00	500,00	6.500,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	JOÃO MONLEVADE	102	21,00	21,00	0,00	2.142,00	2.142,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	JOÃO MONLEVADE	101	26,25	26,25	0,00	2.651,25	2.651,25
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	2	83,55	24,24	59,31	167,10	48,48
Exame Biópsia Transretal	JOÃO MONLEVADE	15	228,00	92,38	135,62	3.420,00	1.937,85
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	16	104,50	40,00	64,50	1.672,00	640,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	JOÃO MONLEVADE	3	1.200,00	0,00	1.200,00	3.600,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Esforço	JOÃO MONLEVADE	1	518,10	408,52	109,58	518,10	408,52
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Repouso	JOÃO MONLEVADE	1	518,10	383,07	135,03	518,10	383,07
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	JOÃO MONLEVADE	4	250,00	18,00	232,00	1.000,00	72,00
Exame Colangiografia Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	JOÃO MONLEVADE	18	500,00	268,75	231,25	9.000,00	4.837,50
Exame Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	164	550,00	112,66	437,34	90.200,00	18.476,24
Exame Core Biopsy	JOÃO MONLEVADE	19	300,00	140,00	160,00	5.700,00	2.660,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdp - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	15	104,00	10,11	93,89	1.560,00	151,65
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	JOÃO MONLEVADE	36	120,00	55,10	64,90	4.320,00	1.983,60
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	JOÃO MONLEVADE	36	155,00	39,60	115,40	5.580,00	1.425,60
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	JOÃO MONLEVADE	40	155,00	39,60	115,40	6.200,00	1.584,00
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	JOÃO MONLEVADE	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	JOÃO MONLEVADE	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan Carótidas E Vertebrais	JOÃO MONLEVADE	2	175,00	39,60	135,40	350,00	79,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	JOÃO MONLEVADE	11	155,00	39,60	115,40	1.705,00	435,60
Exame Duplex Scan De Bifurcação Aorta	JOÃO MONLEVADE	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	JOÃO MONLEVADE	11	155,00	39,60	115,40	1.705,00	435,60
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	JOÃO MONLEVADE	24	175,00	39,60	135,40	4.200,00	950,40
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	JOÃO MONLEVADE	108	155,00	39,60	115,40	16.740,00	4.276,80
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	JOÃO MONLEVADE	109	155,00	39,60	115,40	16.895,00	4.316,40

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	JOÃO MONLEVADE	5	155,00	39,60	115,40	775,00	198,00
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	JOÃO MONLEVADE	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Eco Transesofágico	JOÃO MONLEVADE	2	450,00	165,00	285,00	900,00	330,00
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	JOÃO MONLEVADE	4	270,00	0,00	270,00	1.080,00	0,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	JOÃO MONLEVADE	337	155,00	39,94	115,06	52.235,00	13.459,78
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	JOÃO MONLEVADE	31	293,66	39,94	253,72	9.103,46	1.238,14
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	3	105,99	24,20	81,79	317,97	72,60
Exame Eletroencefalograma Em Sono/ Vigília	JOÃO MONLEVADE	3	100,00	25,00	75,00	300,00	75,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília	JOÃO MONLEVADE	46	50,00	11,34	38,66	2.300,00	521,64
Exame Eletroneuromiografia De M I D	JOÃO MONLEVADE	14	168,00	27,00	141,00	2.352,00	378,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	JOÃO MONLEVADE	14	168,00	27,00	141,00	2.352,00	378,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	JOÃO MONLEVADE	24	168,00	27,00	141,00	4.032,00	648,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	JOÃO MONLEVADE	24	168,00	27,00	141,00	4.032,00	648,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	JOÃO MONLEVADE	18	19,00	13,51	5,49	342,00	243,18
Exame Endoscopia Digestiva Alta	JOÃO MONLEVADE	236	187,00	48,16	138,84	44.132,00	11.365,76
Exame Estudo Urodinâmico	JOÃO MONLEVADE	21	250,00	7,62	242,38	5.250,00	160,02
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	JOÃO MONLEVADE	30	90,00	45,50	44,50	2.700,00	1.365,00
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	8	257,50	75,15	182,35	2.060,00	601,20
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	15	31,00	6,74	24,26	465,00	101,10
Exame Holter 24 Horas	JOÃO MONLEVADE	32	100,00	30,00	70,00	3.200,00	960,00
Exame Impedanciometria	JOÃO MONLEVADE	93	23,00	23,00	0,00	2.139,00	2.139,00
Exame Linfocintilografia	JOÃO MONLEVADE	1	145,00	141,33	3,67	145,00	141,33
Exame Mamografia Bilateral	JOÃO MONLEVADE	47	90,00	45,00	45,00	4.230,00	2.115,00
Exame Mamografia Bilateral/ Cismepi	JOÃO MONLEVADE	512	15,00	45,00	0,00	7.680,00	23.040,00
Exame Mamografia Unilateral	JOÃO MONLEVADE	51	90,00	22,50	67,50	2.430,00	1.147,50
Exame Mamografia Unilateral/ Cismepi	JOÃO MONLEVADE	218	15,00	22,50	0,00	1.740,00	4.905,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	JOÃO MONLEVADE	12	112,00	10,07	101,93	1.344,00	120,84
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	JOÃO MONLEVADE	4	24,24	24,24	0,00	96,96	96,96
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	JOÃO MONLEVADE	2.309	24,24	24,24	0,00	55.970,16	55.970,16
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	2	216,00	24,24	191,76	432,00	48,48
Exame PAAF Da Cervical Guiada Por Ultrassom (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	260,00	0,00	260,00	260,00	0,00
Exame Paquimetria (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	34	61,33	14,81	46,52	2.085,22	503,54
Exame Pet Scan Ct	JOÃO MONLEVADE	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Exame Polipectomia (endoscopia Digestiva Alta + Polipectomia)	JOÃO MONLEVADE	2	320,00	29,84	290,16	640,00	59,68
Exame Polissonografia	JOÃO MONLEVADE	9	450,00	125,00	325,00	4.050,00	1.125,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Polissonografia Com CPAP	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	125,00	325,00	450,00	125,00
Exame Potencial Evocado Auditivo De Curta, Média E Longa Latência (bera)	JOÃO MONLEVADE	3	150,00	46,88	103,12	450,00	140,64
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	JOÃO MONLEVADE	127	120,00	6,36	113,64	15.240,00	807,72
Exame Punção Da Parótida(PAAF Parótida), Guiada Por Us.	JOÃO MONLEVADE	1	190,00	0,00	190,00	190,00	0,00
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	16	190,00	23,73	166,27	3.040,00	379,68
Exame Punção De Mama(paaf Mama)	JOÃO MONLEVADE	1	190,00	66,48	123,52	190,00	66,48
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	2	190,00	66,48	123,52	380,00	132,96
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação.	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe /Orofaringe / Laringe /Língua / Traqueia / Tiréide / Paratireoide /Parótida / Glândulas Salivares	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética Da Paratireoide Com Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	640,00	268,75	371,25	640,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	JOÃO MONLEVADE	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	JOÃO MONLEVADE	17	1.000,00	268,75	731,25	17.000,00	4.568,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	JOÃO MONLEVADE	12	500,00	268,75	231,25	6.000,00	3.225,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	JOÃO MONLEVADE	29	500,00	268,75	231,25	14.500,00	7.793,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	JOÃO MONLEVADE	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	JOÃO MONLEVADE	56	500,00	268,75	231,25	28.000,00	15.050,00
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	3	450,00	268,75	181,25	1.350,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	JOÃO MONLEVADE	2	650,00	268,75	381,25	1.300,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	19	500,00	268,75	231,25	9.500,00	5.106,25
Exame Ressonância Magnética De Mama (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	500,00	0,00	500,00	2.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De órbitas	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	JOÃO MONLEVADE	14	500,00	268,75	231,25	7.000,00	3.762,50
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	JOÃO MONLEVADE	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Retinografia (1Olho)	JOÃO MONLEVADE	1	37,25	0,00	37,25	37,25	0,00
Exame Retinografia (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	17	74,50	24,68	49,82	1.266,50	419,56
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	22	150,00	13,63	136,37	3.300,00	299,86
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	JOÃO MONLEVADE	9	150,00	29,84	120,16	1.350,00	268,56
Exame Retossigmoidoscopia	JOÃO MONLEVADE	2	200,00	23,13	176,87	400,00	46,26
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	JOÃO MONLEVADE	2	180,54	47,76	132,78	361,08	95,52
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	JOÃO MONLEVADE	5	87,32	35,22	52,10	436,60	176,10
Exame Rx Histerossalpingografia	JOÃO MONLEVADE	6	186,44	45,34	141,10	1.118,64	272,04
Exame Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	350,00	15,15	334,85	350,00	15,15
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	4	420,00	138,63	281,37	1.680,00	554,52
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	320,00	138,63	181,37	640,00	277,26
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	130,14	86,76	43,38	260,28	173,52
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	130,14	86,76	43,38	130,14	86,76
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	136,50	101,10	35,40	136,50	101,10
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	230,00	97,44	132,56	460,00	194,88
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	9	130,00	97,44	32,56	1.170,00	876,96
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	JOÃO MONLEVADE	81	270,00	0,00	270,00	21.870,00	0,00
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	230,12	86,75	143,37	460,24	173,50
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	304,61	136,41	168,20	304,61	136,41
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	11	204,61	136,41	68,20	2.250,71	1.500,51
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	JOÃO MONLEVADE	68	90,00	30,00	60,00	6.120,00	2.040,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	1	90,00	12,34	77,66	90,00	12,34
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 1 Olho	JOÃO MONLEVADE	3	210,00	0,00	210,00	630,00	0,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	JOÃO MONLEVADE	48	420,00	48,00	372,00	20.160,00	2.304,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	JOÃO MONLEVADE	2.310	3,37	3,37	0,00	7.784,70	7.784,70
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	7	127,36	24,24	103,12	891,52	169,68
Exame Transplante Conjutival (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	1	403,50	0,00	403,50	403,50	0,00
Exame Uretrocistografia	JOÃO MONLEVADE	2	199,42	52,11	147,31	398,84	104,22
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	JOÃO MONLEVADE	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	JOÃO MONLEVADE	3	102,00	37,95	64,05	306,00	113,85
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	2	184,80	37,95	146,85	369,60	75,90
Exame Us. Antebraço (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	80,00	0,00	80,00	80,00	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	JOÃO MONLEVADE	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	JOÃO MONLEVADE	31	60,50	24,20	36,30	1.875,50	750,20
Exame Us. Endovaginal Para Controle De Ovulação	JOÃO MONLEVADE	1	145,20	24,20	121,00	145,20	24,20
Exame Us. Mamárias (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	80,00	24,20	55,80	80,00	24,20
Exame Us. Mão (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	5	55,00	24,20	30,80	275,00	121,00
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	JOÃO MONLEVADE	142	115,50	24,20	91,30	16.401,00	3.436,40
Exame Us. Obstétrica Por Feto	JOÃO MONLEVADE	5	55,00	24,20	30,80	275,00	121,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	JOÃO MONLEVADE	1	105,60	39,60	66,00	105,60	39,60
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	JOÃO MONLEVADE	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Ombro Unilateral	JOÃO MONLEVADE	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Punho (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	6	55,00	24,20	30,80	330,00	145,20
Exame Us. Quadril (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	JOÃO MONLEVADE	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	JOÃO MONLEVADE	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us.transretal	JOÃO MONLEVADE	15	52,00	24,20	27,80	780,00	363,00
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	JOÃO MONLEVADE	15	90,00	45,50	44,50	1.350,00	682,50
Exame Videoendoscopia Da Deglutição	JOÃO MONLEVADE	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Hospedagem Hospedagem Para Pacientes E Acompanhante Com Fornecimento De Refeição (café Da Manhã, Almoço E Jantar), Quarto Com 2 Camas E Banheiro Interno	JOÃO MONLEVADE	80	60,00	0,00	60,00	4.800,00	0,00
Laudo Emissão De Laudo Para Exame De Mamografia	JOÃO MONLEVADE	628	30,00	0,00	30,00	18.840,00	0,00
Procedimento Odontológico CONSULTA PARA AVALIAÇÃO PARA A ESPECIALIDADE CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL	JOÃO MONLEVADE	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radulares Fixas / Adesivas (por Elemento) Coroa De Veener	JOÃO MONLEVADE	6	110,00	150,00	0,00	880,00	900,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radulares Fixas / Adesivas (por Elemento) Núcleo Metálico Fundido	JOÃO MONLEVADE	2	90,00	150,00	0,00	180,00	300,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculars Fixas / Adesivas (por Elemento) Restauração Metálica Fundida	JOÃO MONLEVADE	3	60,00	150,00	0,00	340,00	450,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculars Fixas/adesivas (por Elemento) Definitiva	JOÃO MONLEVADE	1	90,00	150,00	0,00	90,00	150,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	JOÃO MONLEVADE	10	185,00	150,00	35,00	2.525,00	1.500,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	JOÃO MONLEVADE	5	185,00	150,00	35,00	1.060,00	750,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	JOÃO MONLEVADE	2	58,00	24,15	33,85	248,00	48,30
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	JOÃO MONLEVADE	2	190,00	24,15	165,85	380,00	48,30
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	JOÃO MONLEVADE	8	164,00	150,00	14,00	1.720,00	1.200,00
Procedimento Odontológico Prótese Total Maxilar	JOÃO MONLEVADE	11	164,00	150,00	14,00	2.484,00	1.650,00
Procedimento Odontológico Remoção De Dentes Inclusos E / Ou Impactados (Odontologia Municípios)	JOÃO MONLEVADE	2	400,00	0,00	400,00	800,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	JOÃO MONLEVADE	515	25,00	10,90	14,10	12.875,00	5.613,50
Sessão Terapia Ocupacional	JOÃO MONLEVADE	632	25,00	2,81	22,19	15.800,00	1.775,92
Transporte 2021 Uti Móvel Neonatal - Remoção Das Cidades Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana,vale Do Aço E Ponte Nova C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	3	3.300,00	0,00	3.300,00	9.900,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel Pediátrica - Remoção Das Cidades Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana,vale Do Aço E Ponte Nova C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	24	3.300,00	0,00	3.300,00	79.200,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microregião Jm E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, C/s Espera, C/s Retorno	JOÃO MONLEVADE	9	450,00	0,00	450,00	4.050,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância Remoção Interna Dentro Da Microrregião De Saúde De João Monlevade E Micro Região De Saúde De Itabira , Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção C/ou S/ Espera, C/ou S/retorno	JOÃO MONLEVADE	56	360,00	0,00	360,00	20.160,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância Remoção Interna Em Bh Municípios Da Região Metropolitana , Vale Do Aço E Ponte Nova Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção.c/ou S/ Espera , C/ou S/ Retorno	JOÃO MONLEVADE	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2021 Ambulância-microregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Cateterismo E Cintilografia C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	4	935,00	0,00	935,00	3.740,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel - Remoção Interna Dentro Da Micro De Jm, Micro Itabira , Por Prestador Com Sede Onde Ocorrerá A Transferência Ou Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção, C/ Ou Sem Espera , C/ou S/ Retorno	JOÃO MONLEVADE	3	770,00	0,00	770,00	2.310,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel - Transporte Cancelado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede,localizado Dentro Da Micro Região De Saúde De Jm E Itabira, Para Outros Município Das Micros Citadas	JOÃO MONLEVADE	6	880,00	0,00	880,00	5.280,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel Neonatal - Remoção Entre As Cidades Da MicroRregião De Saúde De Jm E Itabira,ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas, Tudo C/s Espera, Tudo C/s Retorno Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	1	1.980,00	0,00	1.980,00	1.980,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel Pediátrica - Remoção Interna Dentro Da Microregião De JM E Itabira Por Prestador Com Sede Onde Ocorrerá A Remoção Ou Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção C/s Espera C/s Retorno (Indenização)	JOÃO MONLEVADE	1	1.500,00	0,00	1.500,00	1.500,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Cateterismo E Cintilografia C/s Espera, C/s Retorno.	JOÃO MONLEVADE	49	2.640,00	0,00	2.640,00	129.360,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel-remoção Interna Dentro Da Microrregião De Jm E Itabira, Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção C/s Espera,c/s Retorno.	JOÃO MONLEVADE	3	1.320,00	0,00	1.320,00	3.960,00	0,00
Transporte 2021 UTI NEO NATAL	JOÃO MONLEVADE	4	3.300,00	0,00	3.300,00	13.200,00	0,00
Transporte 2021Ambulância Da Microregião De Sáude De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, C/s Espera,c/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	195	850,00	0,00	850,00	164.900,00	0,00
Transporte 2021Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova,com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	77	2.508,00	0,00	2.508,00	193.116,00	0,00
Transporte 2021Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	1	1.650,00	0,00	1.650,00	1.650,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2021UTI Neonatal- Remoção Para Municípios Fora Das Rotas Que Excedam 350km ,Tendo Como Referência O Googles Maps,c/s Espera,c/s Retorno Para Cidade De Origem, Tendo Ponto De Partida A Sede Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	1	3.960,00	0,00	3.960,00	3.960,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	NOVA ERA	5	180,00	22,27	157,73	900,00	111,35
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	NOVA ERA	2	180,00	22,27	157,73	360,00	44,54
Cirurgia Amigdalectomia C/ Adenoidectomia	NOVA ERA	2	674,44	337,22	337,22	1.348,88	674,44
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	NOVA ERA	21	231,87	78,75	153,12	4.869,27	1.653,75
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	NOVA ERA	10	828,60	771,60	57,00	8.286,00	7.716,00
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Biometria, Tonometria , Mapeamento De Retina , Procedimento Cirúrgico	NOVA ERA	99	771,60	0,00	771,60	76.388,40	0,00
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	NOVA ERA	7	957,00	76,50	880,50	6.699,00	535,50
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	NOVA ERA	3	64,00	25,00	39,00	192,00	75,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	11	55,00	0,00	55,00	623,00	50,00
Consulta Consulta Cardiologia	NOVA ERA	167	50,00	10,00	40,00	8.670,00	1.670,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	NOVA ERA	315	50,00	10,00	40,00	16.180,00	3.150,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	NOVA ERA	5	52,00	10,00	42,00	260,00	50,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	NOVA ERA	64	50,00	10,00	40,00	3.268,00	640,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	60	55,00	10,00	45,00	3.350,00	600,00
Consulta Consulta De Reumatologia	NOVA ERA	5	52,00	10,00	42,00	260,00	50,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	39	55,00	10,00	45,00	2.187,00	390,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	NOVA ERA	17	65,50	10,00	55,50	1.113,50	170,00
Consulta Consulta Pré Operatório E/ou Consulta Pós Operatória (FACO)	NOVA ERA	2	55,00	10,00	45,00	110,00	20,00
Consulta Dermatologia	NOVA ERA	385	50,00	10,00	40,00	19.790,00	3.850,00
Consulta Endocrinologia	NOVA ERA	196	50,00	10,00	40,00	10.086,00	1.960,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	NOVA ERA	9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Gastroenterologia	NOVA ERA	62	50,00	10,00	40,00	3.162,00	620,00
Consulta Hematologia	NOVA ERA	16	50,00	10,00	40,00	816,00	160,00
Consulta Mastologia	NOVA ERA	9	52,00	10,00	42,00	468,00	90,00
Consulta Nefrologia	NOVA ERA	25	50,00	10,00	40,00	1.292,00	250,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Neurologia	NOVA ERA	439	50,00	10,00	40,00	22.678,00	4.390,00
Consulta Oftalmologia	NOVA ERA	133	27,39	10,00	17,39	3.906,87	1.330,00
Consulta Ortopedia	NOVA ERA	559	50,00	10,00	40,00	28.582,00	5.590,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	55	57,00	10,00	47,00	3.135,00	550,00
Consulta Otorrinolaringologia	NOVA ERA	11	50,00	10,00	40,00	570,00	110,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	294	55,00	10,00	45,00	16.520,00	2.940,00
Consulta Proctologia	NOVA ERA	44	50,00	10,00	40,00	2.228,00	440,00
Consulta Urologia	NOVA ERA	314	50,00	10,00	40,00	16.064,00	3.140,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	NOVA ERA	862	32,00	24,00	8,00	27.584,00	31.947,38
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	NOVA ERA	4	43,21	43,21	0,00	172,84	228,52
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	NOVA ERA	16	194,12	64,00	130,12	3.105,92	1.024,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	NOVA ERA	8	500,00	0,00	500,00	4.000,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	NOVA ERA	56	21,00	21,00	0,00	1.176,00	1.176,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	NOVA ERA	54	26,25	26,25	0,00	1.417,50	1.417,50
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	NOVA ERA	4	83,55	24,24	59,31	334,20	96,96
Exame Biópsia Aspirativa	NOVA ERA	86	25,32	0,00	25,32	2.177,52	0,00
Exame Biópsia Transretal	NOVA ERA	5	228,00	92,38	135,62	1.140,00	572,33
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	NOVA ERA	58	104,50	40,00	64,50	6.061,00	2.320,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	NOVA ERA	4	1.200,00	0,00	1.200,00	4.800,00	0,00
Exame Cateterismo Cardíaco De Câmaras Direitas Com Medidas De Pressão Em Território Pulmonar E Capilar Pulmonar	NOVA ERA	1	4.500,00	657,49	3.842,51	4.500,00	657,49
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Esforço	NOVA ERA	4	518,10	408,52	109,58	2.072,40	1.634,08
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Repouso	NOVA ERA	4	518,10	383,07	135,03	2.072,40	1.532,28
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	NOVA ERA	6	195,00	190,99	4,01	1.170,00	1.145,94
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	NOVA ERA	2	225,00	133,03	91,97	450,00	266,06
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	NOVA ERA	1	12,66	13,72	0,00	12,66	13,72
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	NOVA ERA	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Colonoscopia	NOVA ERA	7	550,00	112,66	437,34	3.850,00	788,62
Exame Core Biopsy	NOVA ERA	8	300,00	140,00	160,00	2.400,00	1.120,00
Exame Cultura De Fungos	NOVA ERA	2	18,00	4,19	13,81	36,00	8,38
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdp - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	NOVA ERA	56	104,00	10,11	93,89	5.824,00	566,16
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	NOVA ERA	22	120,00	55,10	64,90	2.640,00	1.212,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	NOVA ERA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	NOVA ERA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	NOVA ERA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Eco Transesofágico	NOVA ERA	2	450,00	165,00	285,00	900,00	330,00
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	NOVA ERA	1	270,00	0,00	270,00	270,00	0,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	NOVA ERA	127	155,00	39,94	115,06	19.685,00	5.072,38
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	NOVA ERA	18	293,66	39,94	253,72	5.285,88	718,92
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	NOVA ERA	16	105,99	24,20	81,79	1.695,84	387,20
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	NOVA ERA	4	14,40	5,15	9,25	57,60	20,60
Exame Eletroencefalograma Em Sono/ Vigília	NOVA ERA	2	100,00	25,00	75,00	200,00	50,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília	NOVA ERA	50	50,00	11,34	38,66	2.500,00	567,00
Exame Eletroneuromiografia De M I D	NOVA ERA	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	NOVA ERA	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	NOVA ERA	7	168,00	27,00	141,00	1.176,00	189,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	NOVA ERA	7	168,00	27,00	141,00	1.176,00	189,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	NOVA ERA	7	19,00	13,51	5,49	133,00	94,57
Exame Endoscopia Digestiva Alta	NOVA ERA	17	187,00	48,16	138,84	3.179,00	818,72
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	NOVA ERA	2	242,00	165,24	76,76	484,00	330,48
Exame Estudo Urodinâmico	NOVA ERA	11	250,00	7,62	242,38	2.750,00	83,82
Exame Exame Imunohistoquímico	NOVA ERA	1	600,00	131,52	468,48	600,00	131,52
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	NOVA ERA	11	90,00	45,50	44,50	990,00	500,50
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	NOVA ERA	26	257,50	75,15	182,35	6.695,00	1.953,90
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	NOVA ERA	52	31,00	6,74	24,26	1.612,00	350,48
Exame Holter 24 Horas	NOVA ERA	1	100,00	30,00	70,00	100,00	30,00
Exame Impedanciometria	NOVA ERA	48	23,00	23,00	0,00	1.104,00	1.104,00
Exame Mamografia Bilateral	NOVA ERA	24	90,00	45,00	45,00	2.160,00	1.080,00
Exame Mamografia Bilateral/ Cismepi	NOVA ERA	141	15,00	45,00	0,00	2.115,00	6.345,00
Exame Mamografia Unilateral	NOVA ERA	8	90,00	22,50	67,50	360,00	180,00
Exame Mamografia Unilateral/ Cismepi	NOVA ERA	18	15,00	22,50	0,00	135,00	405,00
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	NOVA ERA	4	24,24	24,24	0,00	96,96	96,96
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	NOVA ERA	133	24,24	24,24	0,00	3.223,92	3.223,92
Exame Micológico Direto	NOVA ERA	20	7,00	0,00	7,00	140,00	0,00
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	NOVA ERA	2	216,00	24,24	191,76	432,00	48,48
Exame PAAF Da Cervical Guiada Por Ultrassom (unilateral)	NOVA ERA	1	260,00	0,00	260,00	260,00	0,00
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	NOVA ERA	1	63,25	3,37	59,88	63,25	3,37

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Paquimetria (01 Olho)	NOVA ERA	118	61,33	14,81	46,52	7.236,94	1.747,58
Exame Pet Scan Ct	NOVA ERA	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Exame Polissonografia	NOVA ERA	8	450,00	125,00	325,00	3.600,00	1.000,00
Exame Potencial Evocado Auditivo De Curta, Média E Longa Latência (bera)	NOVA ERA	2	150,00	46,88	103,12	300,00	93,76
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	NOVA ERA	1	120,00	6,36	113,64	120,00	6,36
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	NOVA ERA	14	190,00	23,73	166,27	2.660,00	332,22
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	NOVA ERA	5	190,00	66,48	123,52	950,00	332,40
Exame Ressonância Magnética De Coxa Unilateral	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	NOVA ERA	1	750,00	361,25	388,75	750,00	361,25
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	NOVA ERA	7	1.000,00	268,75	731,25	7.000,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	NOVA ERA	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	NOVA ERA	29	500,00	268,75	231,25	14.500,00	7.793,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	NOVA ERA	29	500,00	268,75	231,25	14.500,00	7.793,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	NOVA ERA	5	450,00	268,75	181,25	2.250,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	NOVA ERA	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	NOVA ERA	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Mão (unilateral) Sem Contraste	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	NOVA ERA	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Ombro (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	NOVA ERA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	NOVA ERA	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Sacro Iliaca /Glúteo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	NOVA ERA	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral)	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação.	NOVA ERA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombossacral (Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação.	NOVA ERA	1	650,00	0,00	650,00	650,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face	NOVA ERA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Retinografia (2 Olhos)	NOVA ERA	56	74,50	24,68	49,82	4.172,00	1.382,08
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	NOVA ERA	1	150,00	29,84	120,16	150,00	29,84
Exame Retossigmoidoscopia	NOVA ERA	3	200,00	23,13	176,87	600,00	69,39
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	NOVA ERA	3	180,54	47,76	132,78	541,62	143,28
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	NOVA ERA	6	87,32	35,22	52,10	523,92	211,32
Exame Rx Histerossalpingografia	NOVA ERA	9	186,44	45,34	141,10	1.677,96	408,06
Exame Rx Trânsito E Morfologia Do Delgado	NOVA ERA	1	206,20	47,59	158,61	206,20	47,59
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	NOVA ERA	5	307,94	138,63	169,31	1.539,70	693,15
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	NOVA ERA	1	207,94	138,63	69,31	207,94	138,63
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	NOVA ERA	31	420,00	138,63	281,37	13.020,00	4.297,53
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	NOVA ERA	27	320,00	138,63	181,37	8.640,00	3.743,01
Exame Tc. Articulação De Membro Inferior S/ Contraste	NOVA ERA	1	130,14	86,75	43,39	130,14	86,75
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	NOVA ERA	1	130,14	86,75	43,39	130,14	86,75
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	2	130,14	86,76	43,38	260,28	173,52
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	1	130,14	86,76	43,38	130,14	86,76
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	17	136,50	101,10	35,40	2.320,50	1.718,70
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	NOVA ERA	9	230,00	97,44	132,56	2.070,00	876,96
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	NOVA ERA	156	130,00	97,44	32,56	20.280,00	15.200,64
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	NOVA ERA	16	270,00	0,00	270,00	4.320,00	0,00
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochados/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	NOVA ERA	1	130,00	97,44	32,56	130,00	97,44
Exame Tc. Ombro S/ Contraste (unilateral)	NOVA ERA	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	NOVA ERA	5	207,94	138,63	69,31	1.039,70	693,15
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	NOVA ERA	9	230,12	86,75	143,37	2.071,08	780,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	NOVA ERA	9	130,00	86,75	43,25	1.170,00	780,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/Face C/Contraste	NOVA ERA	1	230,00	86,75	143,25	230,00	86,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	NOVA ERA	19	304,61	136,41	168,20	5.787,59	2.591,79
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	NOVA ERA	185	204,61	136,41	68,20	37.852,85	25.235,85
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	NOVA ERA	2	90,00	30,00	60,00	180,00	60,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	NOVA ERA	2	90,00	12,34	77,66	180,00	24,68
Exame Tomografia De Coerência Ôptica (oct) - 1 Olho	NOVA ERA	1	210,00	0,00	210,00	210,00	0,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	NOVA ERA	19	420,00	48,00	372,00	7.980,00	912,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	NOVA ERA	133	3,37	3,37	0,00	448,21	448,21
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	NOVA ERA	5	127,36	24,24	103,12	636,80	121,20
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	NOVA ERA	1	102,00	37,95	64,05	102,00	37,95
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	NOVA ERA	2	60,50	24,20	36,30	121,00	48,40
Exame Us. Partes Moles	NOVA ERA	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Quadril (unilateral)	NOVA ERA	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Transfontanela	NOVA ERA	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us.transretal	NOVA ERA	6	52,00	24,20	27,80	312,00	145,20
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	NOVA ERA	8	90,00	45,50	44,50	720,00	364,00
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	NOVA ERA	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Injeção Oftalmológica Injeção De Avastin (1 Olho)	NOVA ERA	20	1.500,00	0,00	1.500,00	30.000,00	0,00
Laudo Emissão De Laudo Para Exame De Mamografia	NOVA ERA	150	30,00	0,00	30,00	4.500,00	0,00
Plantão Plantão Clínico De 10 Horas ,para Atendimento No Posto De Saúde Ruth Guerra (segunda - Feira)	NOVA ERA	11	1.000,00	0,00	1.000,00	11.000,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral De 10 Horas ,para Atendimento No Posto De Saúde Ruth Guerra (nos Dias úteis)	NOVA ERA	20	1.000,00	0,00	1.000,00	20.000,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral De 10 Horas ,para Atendimento No Posto De Saúde Ruth Guerra Nos (Sábado E Domingos)	NOVA ERA	8	1.000,00	0,00	1.000,00	8.000,00	0,00
Plantão Plantão COVID	NOVA ERA	62	1.000,00	0,00	1.000,00	62.000,00	0,00
Plantão Plantão De Gastroenterologista - 12 Horas	NOVA ERA	48	1.000,00	0,00	1.000,00	48.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral - 12 Horas - Segunda-feira (Nova Era)	NOVA ERA	11	1.000,00	0,00	1.000,00	11.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral - 12 Horas- Quarta-feira (Nova Era)	NOVA ERA	13	1.000,00	0,00	1.000,00	13.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral - 12 Horas- Quinta-feira (Nova Era)	NOVA ERA	12	1.000,00	0,00	1.000,00	12.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral - 12 Horas- Terça - Feira (Nova Era)	NOVA ERA	13	1.000,00	0,00	1.000,00	13.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral -12 Horas - Sexta - Feira (Nova Era)	NOVA ERA	10	1.000,00	0,00	1.000,00	10.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral 10 Horas Para Atendimento No Município De Nova Era De 2ª A 6ª Feira De 07:00 às 17:00 Horas	NOVA ERA	145	1.000,00	0,00	1.000,00	145.000,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Plantão Plantão Médico Clínico Geral Para Atendimento à Saúde Mental De 05 Horas Diária Para Atendimento No Município De Nova Era	NOVA ERA	48	550,00	0,00	550,00	26.400,00	0,00
Plantão Plantão Médico De 10 Horas Para Atendimento Central De COVID De Nova Era , Situada Rua Do Ouro, Nº 539, Bairro: Manjaí / Nova Era - MG De 2ª A 6ª Feira De 07:00 às 17:00.	NOVA ERA	188	1.000,00	0,00	1.000,00	188.000,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	NOVA ERA	336	25,00	10,90	14,10	8.400,00	3.662,40
Sessão Terapia Ocupacional	NOVA ERA	254	25,00	2,81	22,19	6.350,00	713,74
Transporte 2021 Uti Móvel Pediátrica - Remoção Das Cidades Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana,vale Do Aço E Ponte Nova C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	3	3.300,00	0,00	3.300,00	9.900,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microregião Jm E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, C/s Espera, C/s Retorno	NOVA ERA	29	450,00	0,00	450,00	13.050,00	0,00
Transporte 2021 Ambulância Remoção Interna Dentro Da Microrregião De Saúde De João Monlevade E Micro Região De Saúde De Itabira , Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção C/ou S/ Espera, C/ou S/retorno	NOVA ERA	3	360,00	0,00	360,00	1.080,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel - Remoção Interna Dentro Da Micro De Jm, Micro Itabira , Por Prestador Com Sede Onde Ocorrerá A Transferência Ou Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção, C/ Ou Sem Espera , C/ou S/ Retorno	NOVA ERA	2	770,00	0,00	770,00	1.540,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel - Transporte Cancelado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede,localizado Dentro Da Micro Região De Saúde De Jm E Itabira, Para Outros Município Das Micros Citadas	NOVA ERA	1	880,00	0,00	880,00	880,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel-remoção Interna Em Bh, Municípios Da Região Metropolitana , Vale Do Aço E Ponte Nova Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção., C/ Ou S/ Espera , C/ Ou S/ Retorno.	NOVA ERA	1	770,00	0,00	770,00	770,00	0,00
Transporte 2021Ambulância Da Microregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, C/s Espera,c/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	89	850,00	0,00	850,00	75.650,00	0,00
Transporte 2021Ambulância Remoção Para Municípios Fora Das Rotas Que Excedam 350km ,Tendo Como Referência O Googles Maps,c/s Espera,c/s Retorno Para Cidade De Origem, Tendo Ponto De Partida A Sede Do Prestador.	NOVA ERA	1	2.820,00	0,00	2.820,00	2.820,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2021Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova,com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	NOVA ERA	6	2.508,00	0,00	2.508,00	15.048,00	0,00
Transporte 2021Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	60	1.650,00	0,00	1.650,00	99.000,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	RIO PIRACICABA	24	180,00	22,27	157,73	4.320,00	534,48
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	RIO PIRACICABA	8	180,00	22,27	157,73	1.440,00	178,16
Cirurgia Adenoidectomy	RIO PIRACICABA	4	696,36	348,18	348,18	2.785,44	1.392,72
Cirurgia Amigdalectomia	RIO PIRACICABA	4	613,14	306,57	306,57	2.452,56	1.226,28
Cirurgia Amigdalectomia C/ Adenoidectomy	RIO PIRACICABA	5	674,44	337,22	337,22	3.372,20	1.686,10
Cirurgia Capsulotomy (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomy Posterior (01 Olho)	RIO PIRACICABA	13	231,87	78,75	153,12	3.014,31	1.023,75
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Biometria, Tonometria , Mapeamento De Retina , Procedimento Cirúrgico	RIO PIRACICABA	14	771,60	0,00	771,60	10.802,40	0,00
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	RIO PIRACICABA	5	957,00	76,50	880,50	4.785,00	382,50
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	RIO PIRACICABA	1	64,00	25,00	39,00	64,00	25,00
Cirurgia Septoplastia Para Correção De Desvio	RIO PIRACICABA	2	494,92	247,46	247,46	989,84	494,92
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	1.285	55,00	10,00	45,00	72.013,00	12.850,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	6	55,00	0,00	55,00	338,00	30,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	RIO PIRACICABA	338	50,00	10,00	40,00	17.316,00	3.380,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatra	RIO PIRACICABA	4	52,00	10,00	42,00	208,00	40,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	RIO PIRACICABA	33	50,00	10,00	40,00	1.682,00	330,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	55	55,00	10,00	45,00	3.077,00	550,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	164	55,00	10,00	45,00	9.258,00	1.640,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	RIO PIRACICABA	3	65,50	10,00	55,50	196,50	30,00
Consulta Dermatologia	RIO PIRACICABA	171	50,00	10,00	40,00	8.738,00	1.710,00
Consulta Dermatologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	99	55,00	10,00	45,00	5.445,00	990,00
Consulta Endocrinologia	RIO PIRACICABA	73	50,00	10,00	40,00	3.746,00	730,00
Consulta Endocrinologia Fora Do Domicílio	RIO PIRACICABA	238	55,00	10,00	45,00	13.342,00	2.380,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	RIO PIRACICABA	4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Hematologia	RIO PIRACICABA	5	50,00	10,00	40,00	254,00	50,00
Consulta Nefrologia	RIO PIRACICABA	23	50,00	10,00	40,00	1.184,00	230,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Neurologia	RIO PIRACICABA	247	50,00	10,00	40,00	12.774,00	2.470,00
Consulta Oftalmologia	RIO PIRACICABA	880	27,39	10,00	17,39	24.935,20	8.800,00
Consulta Ortopedia	RIO PIRACICABA	513	50,00	10,00	40,00	26.436,00	5.130,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	483	55,00	10,00	45,00	26.925,00	4.830,00
Consulta Otorrinolaringologia	RIO PIRACICABA	2	50,00	10,00	40,00	100,00	20,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	392	55,00	10,00	45,00	21.960,00	3.920,00
Consulta Proctologia	RIO PIRACICABA	29	50,00	10,00	40,00	1.468,00	290,00
Consulta Urologia	RIO PIRACICABA	88	50,00	10,00	40,00	4.442,00	880,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	RIO PIRACICABA	748	32,00	24,00	8,00	23.936,00	25.939,28
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	14	194,12	64,00	130,12	2.717,68	896,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	RIO PIRACICABA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	RIO PIRACICABA	68	21,00	21,00	0,00	1.428,00	1.428,00
Exame Audiometria Vocal / Logoaudiometria (LDV - IRF - LRF)	RIO PIRACICABA	68	26,25	26,25	0,00	1.785,00	1.785,00
Exame Biópsia Aspirativa	RIO PIRACICABA	48	25,32	0,00	25,32	1.215,36	0,00
Exame Biópsia Transretal	RIO PIRACICABA	1	228,00	202,81	25,19	228,00	202,81
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	25	104,50	40,00	64,50	2.612,50	1.000,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	RIO PIRACICABA	5	1.200,00	0,00	1.200,00	6.000,00	0,00
Exame Cintilografia Cerebral Com Trodat	RIO PIRACICABA	1	3.020,00	0,00	3.020,00	3.020,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	RIO PIRACICABA	4	518,10	408,52	109,58	2.072,40	1.634,08
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	RIO PIRACICABA	4	518,10	383,07	135,03	2.072,40	1.532,28
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	RIO PIRACICABA	1	195,00	190,99	4,01	195,00	190,99
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	RIO PIRACICABA	1	225,00	133,03	91,97	225,00	133,03
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	RIO PIRACICABA	78	12,66	6,97	5,69	987,48	624,66
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Colonoscopia	RIO PIRACICABA	30	550,00	112,66	437,34	16.500,00	3.379,80
Exame Core Biopsy	RIO PIRACICABA	3	300,00	140,00	160,00	900,00	420,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	21	104,00	10,11	93,89	2.184,00	212,31
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	RIO PIRACICABA	52	120,00	55,10	64,90	6.240,00	2.865,20
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	RIO PIRACICABA	22	155,00	39,60	115,40	3.410,00	871,20
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	RIO PIRACICABA	23	155,00	39,60	115,40	3.565,00	910,80
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	RIO PIRACICABA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	RIO PIRACICABA	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan De Carótidas	RIO PIRACICABA	6	155,00	39,60	115,40	930,00	237,60

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	RIO PIRACICABA	5	175,00	39,60	135,40	875,00	198,00
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	RIO PIRACICABA	81	155,00	39,60	115,40	12.555,00	3.207,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	RIO PIRACICABA	84	155,00	39,60	115,40	13.020,00	3.326,40
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	RIO PIRACICABA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	RIO PIRACICABA	1	270,00	0,00	270,00	270,00	0,00
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	RIO PIRACICABA	119	155,00	39,94	115,06	18.445,00	4.752,86
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	RIO PIRACICABA	10	293,66	39,94	253,72	2.936,60	399,40
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	RIO PIRACICABA	3	105,99	24,20	81,79	317,97	72,60
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	RIO PIRACICABA	4	14,40	5,15	9,25	57,60	20,60
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	RIO PIRACICABA	2	120,00	25,00	95,00	240,00	50,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono/ Vigília	RIO PIRACICABA	4	100,00	25,00	75,00	400,00	100,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília	RIO PIRACICABA	24	50,00	11,34	38,66	1.200,00	272,16
Exame Eletroneuromiografia De M I D	RIO PIRACICABA	9	168,00	27,00	141,00	1.512,00	243,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	RIO PIRACICABA	9	168,00	27,00	141,00	1.512,00	243,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	RIO PIRACICABA	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	RIO PIRACICABA	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	RIO PIRACICABA	7	19,00	13,51	5,49	133,00	94,57
Exame Endoscopia Digestiva Alta	RIO PIRACICABA	135	187,00	48,16	138,84	25.245,00	6.501,60
Exame Endoscopia Digestiva Alta + Retirada De Corpo Estranho	RIO PIRACICABA	1	344,36	48,16	296,20	344,36	48,16
Exame Endoscopia Infantil C/ Sedação	RIO PIRACICABA	1	600,00	48,16	551,84	600,00	48,16
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	RIO PIRACICABA	1	242,00	165,24	76,76	242,00	165,24
Exame Estudo Urodinâmico	RIO PIRACICABA	2	250,00	7,62	242,38	500,00	15,24
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	RIO PIRACICABA	56	90,00	45,50	44,50	5.040,00	2.548,00
Exame Fundoscopia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	1	26,28	3,37	22,91	26,28	3,37
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	22	31,00	6,74	24,26	682,00	148,28
Exame Holter 24 Horas	RIO PIRACICABA	30	100,00	30,00	70,00	3.000,00	900,00
Exame Impedanciometria	RIO PIRACICABA	64	23,00	23,00	0,00	1.472,00	1.472,00
Exame Linfocintilografia Mmii	RIO PIRACICABA	1	202,00	0,00	202,00	202,00	0,00
Exame Mamografia Bilateral	RIO PIRACICABA	117	90,00	45,00	45,00	10.530,00	5.265,00
Exame Mamografia Bilateral/ Cismepi	RIO PIRACICABA	102	15,00	45,00	0,00	1.530,00	4.590,00
Exame Mamografia Unilateral	RIO PIRACICABA	8	90,00	22,50	67,50	405,00	180,00
Exame Mamografia Unilateral/ Cismepi	RIO PIRACICABA	14	15,00	22,50	0,00	105,00	315,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	RIO PIRACICABA	17	112,00	10,07	101,93	1.904,00	171,19
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	RIO PIRACICABA	880	24,24	24,24	0,00	21.331,20	21.331,20
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	1	216,00	24,24	191,76	216,00	24,24
Exame Paquimetria (01 Olho)	RIO PIRACICABA	48	61,33	14,81	46,52	2.943,84	710,88

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Pet Scan Ct	RIO PIRACICABA	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Exame Polissonografia	RIO PIRACICABA	5	450,00	125,00	325,00	2.250,00	625,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	RIO PIRACICABA	44	120,00	6,36	113,64	5.280,00	279,84
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	RIO PIRACICABA	5	190,00	23,73	166,27	950,00	118,65
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	RIO PIRACICABA	1	190,00	66,48	123,52	190,00	66,48
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe /Orofaringe / Laringe /Língua / Traqueia / Tiréide / Paratireoide /Parótida / Glândulas Salivares	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	RIO PIRACICABA	6	1.000,00	268,75	731,25	6.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	RIO PIRACICABA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	RIO PIRACICABA	15	500,00	268,75	231,25	7.500,00	4.031,25
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	RIO PIRACICABA	13	500,00	268,75	231,25	6.500,00	3.493,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	RIO PIRACICABA	2	650,00	268,75	381,25	1.300,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	RIO PIRACICABA	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	RIO PIRACICABA	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	RIO PIRACICABA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral)	RIO PIRACICABA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Retinografia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	22	74,50	24,68	49,82	1.639,00	542,96
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	RIO PIRACICABA	5	150,00	13,63	136,37	750,00	68,15
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	RIO PIRACICABA	5	150,00	29,84	120,16	750,00	149,20
Exame Rx Abdomem Simples: Ap	RIO PIRACICABA	1	23,60	7,17	16,43	23,60	7,17
Exame Rx Arcos Costais	RIO PIRACICABA	1	26,14	8,37	17,77	26,14	8,37
Exame Rx Articulação Coxo-femural(unilateral)	RIO PIRACICABA	9	25,96	7,77	18,19	233,64	69,93
Exame Rx Articulação Sacro-iliacas	RIO PIRACICABA	1	23,60	7,77	15,83	23,60	7,77
Exame Rx Bacia	RIO PIRACICABA	7	22,42	7,77	14,65	156,94	54,39
Exame Rx Braço (unilateral)	RIO PIRACICABA	3	24,78	7,77	17,01	74,34	23,31
Exame Rx Cavum : Lateral+hirtz	RIO PIRACICABA	1	22,42	6,88	15,54	22,42	6,88
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	RIO PIRACICABA	2	180,54	47,76	132,78	361,08	95,52
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To Ou Flexão	RIO PIRACICABA	1	23,60	8,19	15,41	23,60	8,19
Exame Rx Coluna Lombo-sacra Ou Lombar	RIO PIRACICABA	11	29,50	10,96	18,54	324,50	120,56

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Rx Cotovelo (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	20,06	5,90	14,16	40,12	11,80
Exame Rx Coxa (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	27,14	8,94	18,20	54,28	17,88
Exame Rx Crânio : Pa+lat+bretton	RIO PIRACICABA	2	24,78	9,15	15,63	49,56	18,30
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	RIO PIRACICABA	3	87,32	35,22	52,10	261,96	105,66
Exame Rx Joelho Ap + Lat (unilateral)	RIO PIRACICABA	9	21,24	6,78	14,46	191,16	61,02
Exame Rx Mão E Punhos Para Idade óssea (unilateral)	RIO PIRACICABA	5	29,50	6,00	23,50	147,50	30,00
Exame Rx Mão Ou Quirodáctilos (unilateral)	RIO PIRACICABA	7	20,06	6,30	13,76	140,42	44,10
Exame Rx Omoplata Ou Ombro Funcional (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	22,42	7,98	14,44	44,84	15,96
Exame Rx Pe Ou Pododactilos (unilateral)	RIO PIRACICABA	7	21,24	6,78	14,46	148,68	47,46
Exame Rx Pelve / Púbis	RIO PIRACICABA	1	22,42	0,00	22,42	22,42	0,00
Exame Rx Perna (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	22,42	8,94	13,48	44,84	17,88
Exame Rx Punho Ap +perfil	RIO PIRACICABA	7	22,42	0,00	22,42	156,94	0,00
Exame Rx Quadril	RIO PIRACICABA	2	22,42	7,77	14,65	44,84	15,54
Exame Rx Sacro-coccix	RIO PIRACICABA	1	25,96	7,80	18,16	25,96	7,80
Exame Rx Seios Da Face: Fn + Mn + Lat	RIO PIRACICABA	2	24,78	0,00	24,78	49,56	0,00
Exame Rx Tórax :p A	RIO PIRACICABA	1	17,70	6,88	10,82	17,70	6,88
Exame Rx Tórax :pa + Lateral	RIO PIRACICABA	28	22,42	9,50	12,92	627,76	266,00
Exame Rx Tornozelo Unilateral	RIO PIRACICABA	5	20,06	0,00	20,06	100,30	0,00
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	RIO PIRACICABA	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	RIO PIRACICABA	1	207,94	138,63	69,31	207,94	138,63
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	RIO PIRACICABA	32	420,00	138,63	281,37	13.440,00	4.436,16
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	RIO PIRACICABA	52	320,00	138,63	181,37	16.640,00	7.208,76
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	RIO PIRACICABA	10	130,14	86,76	43,38	1.301,40	867,60
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	RIO PIRACICABA	7	136,50	101,10	35,40	955,50	707,70
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	RIO PIRACICABA	4	230,00	97,44	132,56	920,00	389,76
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	RIO PIRACICABA	113	130,00	97,44	32,56	14.690,00	11.010,72
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	RIO PIRACICABA	8	270,00	0,00	270,00	2.160,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	110,00	86,75	23,25	220,00	173,50
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos C/Contraste(Bilateral)	RIO PIRACICABA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	RIO PIRACICABA	4	130,00	97,44	32,56	520,00	389,76
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	RIO PIRACICABA	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	RIO PIRACICABA	2	207,94	138,63	69,31	415,88	277,26

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	RIO PIRACICABA	2	230,12	86,75	143,37	460,24	173,50
Exame Tc. Quadril S/ Contraste (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	110,00	0,00	110,00	220,00	0,00
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	RIO PIRACICABA	8	130,00	86,75	43,25	1.040,00	694,00
Exame Tc. Sela Túcica C/ Contraste	RIO PIRACICABA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	RIO PIRACICABA	9	304,61	136,41	168,20	2.741,49	1.227,69
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	RIO PIRACICABA	136	204,61	136,41	68,20	27.826,96	18.551,76
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	RIO PIRACICABA	24	90,00	30,00	60,00	2.160,00	720,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	1	90,00	12,34	77,66	90,00	12,34
Exame Tomografia Computadorizada De Crânio Com Contraste E Sedação	RIO PIRACICABA	1	835,00	97,44	737,56	835,00	97,44
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	RIO PIRACICABA	7	420,00	48,00	372,00	2.940,00	336,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	RIO PIRACICABA	880	3,37	3,37	0,00	2.965,60	2.965,60
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	3	127,36	24,24	103,12	382,08	72,72
Exame Us. Abdomen Inferior (Masculino: Bexiga,próstata,vesícula Seminais; Feminino: Bexiga,útero,ovários E Anexos)	RIO PIRACICABA	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	RIO PIRACICABA	10	66,50	24,20	42,30	665,00	242,00
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	RIO PIRACICABA	203	102,00	37,95	64,05	20.706,00	7.703,85
Exame Us. Axila (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	40,00	0,00	40,00	40,00	0,00
Exame Us. Axilas (bilateral)	RIO PIRACICABA	29	80,00	0,00	80,00	2.320,00	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	RIO PIRACICABA	7	60,50	24,20	36,30	423,50	169,40
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	RIO PIRACICABA	2	166,32	24,20	142,12	332,64	48,40
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame US. Coxa Unilateral	RIO PIRACICABA	3	80,00	24,20	55,80	240,00	72,60
Exame Us. Dermatológico (Pele, Subcutâneo, Nódulos Superficiais, Unha)	RIO PIRACICABA	1	80,00	0,00	80,00	80,00	0,00
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	RIO PIRACICABA	226	60,50	24,20	36,30	13.673,00	5.469,20
Exame Us. Joelho Unilateral	RIO PIRACICABA	15	55,00	24,20	30,80	825,00	363,00
Exame Us. Mamárias (bilateral)	RIO PIRACICABA	49	80,00	24,20	55,80	3.920,00	1.185,80
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	RIO PIRACICABA	48	115,50	24,20	91,30	5.544,00	1.161,60
Exame Us. Obstétrica Por Feto	RIO PIRACICABA	57	55,00	24,20	30,80	3.135,00	1.379,40
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	RIO PIRACICABA	47	105,60	39,60	66,00	4.963,20	1.861,20
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	RIO PIRACICABA	12	55,00	24,20	30,80	660,00	290,40

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Ombro Unilateral	RIO PIRACICABA	91	55,00	24,20	30,80	5.005,00	2.202,20
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	RIO PIRACICABA	19	60,50	24,20	36,30	1.149,50	459,80
Exame Us. Parede Abdominal(Unilateral)	RIO PIRACICABA	2	30,25	0,00	30,25	60,50	0,00
Exame Us. Partes Moles	RIO PIRACICABA	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	RIO PIRACICABA	3	55,00	24,20	30,80	165,00	72,60
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	RIO PIRACICABA	18	60,50	24,20	36,30	1.089,00	435,60
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	RIO PIRACICABA	13	55,00	24,20	30,80	715,00	314,60
Exame Us. Punho (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Região Inguinal (unilateral)	RIO PIRACICABA	3	27,50	0,00	27,50	82,50	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	RIO PIRACICABA	10	66,50	24,20	42,30	665,00	242,00
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	RIO PIRACICABA	19	55,00	24,20	30,80	1.045,00	459,80
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	RIO PIRACICABA	9	147,84	24,20	123,64	1.330,56	217,80
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	RIO PIRACICABA	6	55,00	24,20	30,80	330,00	145,20
Exame US. Translucência Nucal Com Doppler	RIO PIRACICABA	3	105,00	0,00	105,00	315,00	0,00
Exame Us. Vias Biliares	RIO PIRACICABA	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20
Exame Us.rins E Vias Urinárias	RIO PIRACICABA	65	66,50	24,20	42,30	4.322,50	1.573,00
Exame Us.transretal	RIO PIRACICABA	1	52,00	24,20	27,80	52,00	24,20
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal	RIO PIRACICABA	32	110,00	24,20	85,80	3.520,00	774,40
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	RIO PIRACICABA	10	90,00	45,50	44,50	900,00	455,00
Exame Videoendoscopia Da Deglutição	RIO PIRACICABA	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	RIO PIRACICABA	5	2.128,00	0,00	2.128,00	10.640,00	0,00
Injeção Oftalmológica Injeção De Avastin (1 Olho)	RIO PIRACICABA	5	1.500,00	0,00	1.500,00	7.500,00	0,00
Laudos Emissão De Laudo Para Exame De Mamografia	RIO PIRACICABA	109	30,00	0,00	30,00	3.270,00	0,00
Plantão Plantão Médico Anestesista 12 Horas	RIO PIRACICABA	2	1.000,00	0,00	1.000,00	2.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas - (Segunda á Quinta-feira - RP)	RIO PIRACICABA	18	1.000,00	0,00	1.000,00	18.000,00	0,00
Procedimento Odontológico CONSULTA PARA AVALIAÇÃO PARA A ESPECIALIDADE CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL	RIO PIRACICABA	2	200,00	0,00	200,00	400,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	RIO PIRACICABA	6	185,00	150,00	35,00	1.650,00	900,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	RIO PIRACICABA	4	185,00	150,00	35,00	1.010,00	600,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	RIO PIRACICABA	3	190,00	24,15	165,85	570,00	72,45
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	RIO PIRACICABA	5	190,00	24,15	165,85	950,00	120,75
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	RIO PIRACICABA	13	164,00	150,00	14,00	3.084,00	1.950,00
Procedimento Odontológico Protese Total Maxilar	RIO PIRACICABA	19	164,00	150,00	14,00	4.476,00	2.850,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2021 Uti Móvel Neonatal - Remoção Das Cidades Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana,vale Do Aço E Ponte Nova C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel - Transporte Cancelado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede,localizado Dentro Da Micro Região De Saúde De Jm E Itabira, Para Outros Município Das Micros Citadas	RIO PIRACICABA	2	880,00	0,00	880,00	1.760,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Cateterismo E Cintilografia C/s Espera, C/s Retorno.	RIO PIRACICABA	4	2.640,00	0,00	2.640,00	10.560,00	0,00
Transporte 2021 UTI NEO NATAL	RIO PIRACICABA	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Transporte 2021Ambulância Da Microregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, C/s Espera,c/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	4	850,00	0,00	850,00	3.400,00	0,00
Transporte 2021Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova,com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	21	2.508,00	0,00	2.508,00	52.668,00	0,00
Transporte 2021Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	32	1.650,00	0,00	1.650,00	52.800,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	180,00	22,27	157,73	1.800,00	222,70
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	15	180,00	22,27	157,73	2.700,00	334,05
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	957,00	76,50	880,50	957,00	76,50
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	64,00	25,00	39,00	256,00	100,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	642	55,00	10,00	45,00	36.096,00	6.420,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	55,00	0,00	55,00	336,00	20,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	181	50,00	10,00	40,00	9.300,00	1.810,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	52,00	10,00	42,00	260,00	50,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	25	50,00	10,00	40,00	1.270,00	250,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	49	55,00	10,00	45,00	2.751,00	490,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	154	55,00	10,00	45,00	8.666,00	1.540,00
Consulta Dermatologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	64	50,00	10,00	40,00	3.278,00	640,00
Consulta Endocrinologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	35	50,00	10,00	40,00	1.804,00	350,00
Consulta Endocrinologia Fora Do Domicílio	SÃO DOMINGOS DO PRATA	51	55,00	10,00	45,00	2.855,00	510,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Gastroenterologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	50,00	10,00	40,00	206,00	40,00
Consulta Hematologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	50,00	10,00	40,00	614,00	120,00
Consulta Nefrologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	21	50,00	10,00	40,00	1.084,00	210,00
Consulta Neurologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	50,00	10,00	40,00	720,00	140,00
Consulta Oftalmologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	194	27,39	10,00	17,39	5.435,66	1.940,00
Consulta Ortopedia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	275	50,00	10,00	40,00	14.064,00	2.750,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	718	55,00	10,00	45,00	40.478,00	7.180,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	127	55,00	10,00	45,00	7.117,00	1.270,00
Consulta Proctologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	25	50,00	10,00	40,00	1.266,00	250,00
Consulta Urologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	61	50,00	10,00	40,00	3.110,00	610,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	496	32,00	24,00	8,00	15.872,00	18.448,20
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	43,21	61,77	0,00	172,84	247,08
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	194,12	64,00	130,12	1.358,84	448,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	500,00	0,00	500,00	2.000,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	21,00	21,00	0,00	84,00	84,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	26,25	26,25	0,00	105,00	105,00
Exame Biópsia Aspirativa	SÃO DOMINGOS DO PRATA	40	25,32	0,00	25,32	1.012,80	0,00
Exame Biópsia Transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	228,00	92,38	135,62	1.140,00	682,76
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	104,50	40,00	64,50	731,50	280,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	1.200,00	0,00	1.200,00	8.400,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	518,10	408,52	109,58	2.072,40	1.634,08
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	518,10	383,07	135,03	518,10	383,07
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	195,00	190,99	4,01	195,00	190,99
Exame Cintilografia Pulmonar (perfusão) - Mínimo 04 Projeções	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	135,00	130,50	4,50	135,00	130,50
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	12,66	6,97	5,69	50,64	48,13
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	16	550,00	112,66	437,34	8.800,00	1.802,56
Exame Core Biopsy	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	300,00	140,00	160,00	1.200,00	560,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	104,00	10,11	93,89	624,00	60,66
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	120,00	55,10	64,90	720,00	330,60
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	155,00	39,60	115,40	1.550,00	396,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	155,00	39,60	115,40	2.170,00	554,40

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	175,00	39,60	135,40	1.225,00	277,20
Exame Duplex Scan De Vasos Cervicais Venoso Bilateral / Veias Subclávias / Jugular	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	175,00	39,60	135,40	175,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	54	155,00	39,60	115,40	8.370,00	2.138,40
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	56	155,00	39,60	115,40	8.680,00	2.217,60
Exame Eco Transesofágico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	165,00	285,00	450,00	165,00
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	53	155,00	39,94	115,06	8.215,00	2.116,82
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	293,66	39,94	253,72	1.468,30	199,70
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	105,99	24,20	81,79	211,98	48,40
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	14,40	5,15	9,25	72,00	25,75
Exame Eletroencefalograma Em Sono/ Vigília	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	100,00	25,00	75,00	200,00	50,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	50,00	11,34	38,66	600,00	136,08
Exame Eletroneuromiografia De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	19,00	13,51	5,49	171,00	121,59
Exame Endoscopia Digestiva Alta	SÃO DOMINGOS DO PRATA	144	187,00	48,16	138,84	26.928,00	6.935,04
Exame Estudo Urodinâmico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	250,00	7,62	242,38	250,00	7,62
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	90,00	45,50	44,50	360,00	182,00
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	31,00	6,74	24,26	186,00	40,44
Exame Holter 24 Horas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	100,00	30,00	70,00	600,00	180,00
Exame Impedanciometria	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	23,00	23,00	0,00	115,00	115,00
Exame Mamografia Bilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	21	90,00	45,00	45,00	1.890,00	945,00
Exame Mamografia Bilateral/ Cismepi	SÃO DOMINGOS DO PRATA	43	15,00	45,00	0,00	645,00	1.935,00
Exame Mamografia Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	90,00	22,50	67,50	1.260,00	630,00
Exame Mamografia Unilateral/ Cismepi	SÃO DOMINGOS DO PRATA	20	15,00	22,50	0,00	150,00	450,00
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	194	24,24	24,24	0,00	4.702,56	4.702,56
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	216,00	24,24	191,76	432,00	48,48
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	63,25	3,37	59,88	63,25	3,37
Exame Paquimetria (01 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	16	61,33	14,81	46,52	981,28	236,96
Exame Polissonografia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	125,00	325,00	450,00	125,00
Exame Potencial Evocado Auditivo De Curta, Média E Longa Latência (bera)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	150,00	46,88	103,12	150,00	46,88

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	120,00	6,36	113,64	600,00	31,80
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	190,00	23,73	166,27	1.140,00	142,38
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	190,00	66,48	123,52	760,00	265,92
Exame Ressonância Magnética De Coxa Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética Coluna Torácica Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	1.000,00	268,75	731,25	5.000,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	500,00	268,75	231,25	6.000,00	3.225,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	26	500,00	268,75	231,25	13.000,00	6.987,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Retinografia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	74,50	24,68	49,82	447,00	148,08
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	150,00	13,63	136,37	150,00	13,63
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	150,00	29,84	120,16	150,00	29,84
Exame Retossigmoidoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	200,00	23,13	176,87	200,00	23,13
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	180,54	47,76	132,78	180,54	47,76
Exame Rx Quadril	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	22,42	7,77	14,65	22,42	7,77
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	207,94	138,63	69,31	207,94	138,63
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	31	420,00	138,63	281,37	13.020,00	4.297,53
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	320,00	138,63	181,37	8.960,00	3.881,64
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	130,14	86,76	43,38	1.171,26	780,84
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	130,14	86,76	43,38	390,42	260,28

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	136,50	101,10	35,40	955,50	707,70
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	230,00	97,44	132,56	2.990,00	1.266,72
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	131	130,00	97,44	32,56	17.030,00	12.764,64
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	16	270,00	0,00	270,00	4.320,00	0,00
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	130,00	97,44	32,56	260,00	194,88
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	207,94	138,63	69,31	207,94	138,63
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares S/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	130,12	86,75	43,37	130,12	86,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	130,00	86,75	43,25	1.300,00	867,50
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	304,61	136,41	168,20	2.132,27	954,87
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	126	204,61	136,41	68,20	25.780,86	17.187,66
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	90,00	30,00	60,00	360,00	120,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	420,00	48,00	372,00	2.100,00	240,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	194	3,37	3,37	0,00	653,78	653,78
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	127,36	24,24	103,12	382,08	72,72
Exame Us. Abdomen Inferior (Masculino: Bexiga,próstata,vesícula Seminais; Feminino: Bexiga,útero,ovários E Anexos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	66,50	24,20	42,30	266,00	96,80
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	66,50	24,20	42,30	133,00	48,40
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	135	102,00	37,95	64,05	13.770,00	5.123,25
Exame Us. Abdominal Superior Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	147,84	24,20	123,64	295,68	48,40
Exame Us. Articulações	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	60,50	24,20	36,30	484,00	193,60
Exame Us. Axilas (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	45	80,00	0,00	80,00	3.600,00	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	60,50	24,20	36,30	181,50	72,60
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	166,32	24,20	142,12	831,60	121,00
Exame Us. Braço Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	80,00	24,20	55,80	80,00	24,20
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	114	60,50	24,20	36,30	6.897,00	2.758,80
Exame Us. Joelho Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	55,00	24,20	30,80	550,00	242,00
Exame Us. Mamárias (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	54	80,00	24,20	55,80	4.320,00	1.306,80
Exame Us. Mamas Com Doppler (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	147,84	24,20	123,64	147,84	24,20
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	16	115,50	24,20	91,30	1.848,00	387,20
Exame Us. Obstétrica Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	85	55,00	24,20	30,80	4.675,00	2.057,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	47	105,60	39,60	66,00	4.963,20	1.861,20
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	63	55,00	24,20	30,80	3.465,00	1.524,60
Exame Us. Ombro Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	22	55,00	24,20	30,80	1.210,00	532,40
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	19	60,50	24,20	36,30	1.149,50	459,80
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	60,50	24,20	36,30	363,00	145,20
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	26	55,00	24,20	30,80	1.430,00	629,20
Exame Us. Perna Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Prostata Abdominal Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	147,84	24,20	123,64	295,68	48,40
Exame Us. Próstata Transretal Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	184,80	24,20	160,60	184,80	24,20
Exame Us. Punho (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Quadril (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Região Inguinal (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	27,50	0,00	27,50	55,00	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	SÃO DOMINGOS DO PRATA	25	66,50	24,20	42,30	1.662,50	605,00
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	55,00	24,20	30,80	385,00	169,40
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	147,84	24,20	123,64	1.774,08	290,40
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Transfontanela	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame US. Translucência Nucal Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	105,00	0,00	105,00	210,00	0,00
Exame Us. Vias Urinárias E Rins C/ Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	147,84	24,20	123,64	147,84	24,20
Exame Us.rins E Vias Urinárias	SÃO DOMINGOS DO PRATA	33	66,50	24,20	42,30	2.194,50	798,60
Exame Us.transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	52,00	24,20	27,80	260,00	121,00
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	35	110,00	24,20	85,80	3.850,00	847,00
Exame Us.vias Urinárias, Aparelho Urinário Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	147,84	24,20	123,64	295,68	48,40
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	90,00	45,50	44,50	90,00	45,50
Laudo Emissão De Laudo Para Exame De Mamografia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	53	30,00	0,00	30,00	1.590,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral - 2ª A 6ª Feira - 07:00 às 17:00 / No Centro De Atenção Psicossocial , Rua: Antônio Caetano De Souza , Nº 43, Centro/SDP	SÃO DOMINGOS DO PRATA	48	1.000,00	0,00	1.000,00	48.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral 2ª A 6ª Feira - 07:00 às 17:00 Horas - Centro De Saúde Rômulo Gomes Lima - Rua: Professor Cristiano Marques , Nº 86 - Centro / SDP (COVID 19)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	146	1.000,00	0,00	1.000,00	146.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Para Atendimento No Centro De Saúde Rômulo Gomes Lima , Para Suprir A Demanda Decorrente Da Pandemia Do COVID 19, No Município De São Domingos Do Prata.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	41	1.000,00	0,00	1.000,00	41.000,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2021 à 31/12/2021

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2021 Uti Móvel Neonatal - Remoção Das Cidades Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana,vale Do Aço E Ponte Nova C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel Pediátrica - Remoção Das Cidades Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana,vale Do Aço E Ponte Nova C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	3.300,00	0,00	3.300,00	9.900,00	0,00
Transporte 2021 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Cateterismo E Cintilografia C/s Espera, C/s Retorno.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	2.640,00	0,00	2.640,00	15.840,00	0,00
Transporte 2021 UTI NEO NATAL	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Transporte 2021Ambulância Da Microregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, C/s Espera,c/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	850,00	0,00	850,00	2.550,00	0,00
Transporte 2021Uti Móve - Transporte Interno Cancelado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede,localizado Dentro Da Micro Região De Saúde De Jm E Itabira, Para Unidades De Saúde De Atendimento.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	550,00	0,00	550,00	550,00	0,00
Transporte 2021Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova,com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	23	2.508,00	0,00	2.508,00	57.684,00	0,00
Transporte 2021Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	33	1.650,00	0,00	1.650,00	54.450,00	0,00
TOTAL GERAL		99.941				6.620.617,64	1.494.004,68