

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	31	180,00	22,27	157,73	5.580,00	690,37
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	BELA VISTA DE MINAS	5	180,00	22,27	157,73	900,00	111,35
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	2	231,87	78,75	153,12	463,74	157,50
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	BELA VISTA DE MINAS	1	2.500,00	0,00	2.500,00	2.500,00	0,00
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	BELA VISTA DE MINAS	16	828,60	771,60	57,00	13.257,60	12.345,60
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	1	64,00	25,00	39,00	64,00	25,00
Consulta Atendimento Em Psicologia	BELA VISTA DE MINAS	29	50,00	0,00	50,00	1.610,00	0,00
Consulta Avaliação Pós Cirúrgica Faco Emulsificação De Lente Intraocular	BELA VISTA DE MINAS	19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	30	57,00	10,00	47,00	1.765,00	300,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	30	62,00	10,00	52,00	1.860,00	300,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	4	57,00	10,00	47,00	228,00	40,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	BELA VISTA DE MINAS	120	52,00	10,00	42,00	6.500,00	1.200,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	BELA VISTA DE MINAS	21	52,00	10,00	42,00	1.172,00	210,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	BELA VISTA DE MINAS	36	52,00	10,00	42,00	1.967,00	360,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	252	62,00	10,00	52,00	15.624,00	2.520,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	76	57,00	10,00	47,00	4.522,00	760,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	253	57,00	10,00	47,00	15.161,00	2.530,00
Consulta Consulta Neurologia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	BELA VISTA DE MINAS	2	62,00	10,00	52,00	124,00	20,00
Consulta Dermatologia	BELA VISTA DE MINAS	202	52,00	10,00	42,00	10.879,00	2.020,00
Consulta Endocrinologia	BELA VISTA DE MINAS	143	52,00	10,00	42,00	7.841,00	1.430,00
Consulta Hematologia	BELA VISTA DE MINAS	14	52,00	10,00	42,00	768,00	140,00
Consulta Nefrologia	BELA VISTA DE MINAS	31	52,00	10,00	42,00	1.697,00	310,00
Consulta Neurologia	BELA VISTA DE MINAS	133	52,00	10,00	42,00	6.916,00	1.330,00
Consulta Oftalmologia	BELA VISTA DE MINAS	428	29,39	10,00	19,39	13.198,92	4.280,00
Consulta Ortopedia	BELA VISTA DE MINAS	381	52,00	10,00	42,00	20.777,00	3.810,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	323	57,00	10,00	47,00	19.216,00	3.230,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	211	57,00	10,00	47,00	12.577,00	2.110,00
Consulta Proctologia	BELA VISTA DE MINAS	79	52,00	10,00	42,00	4.403,00	790,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Urologia	BELA VISTA DE MINAS	22	52,00	10,00	42,00	1.184,00	220,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	BELA VISTA DE MINAS	682	32,00	40,78	0,00	21.824,00	27.811,96
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	BELA VISTA DE MINAS	4	43,21	61,77	0,00	172,84	247,08
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	BELA VISTA DE MINAS	51	21,00	21,00	0,00	1.071,00	1.071,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	BELA VISTA DE MINAS	51	26,25	26,25	0,00	1.338,75	1.338,75
Exame Biópsia Aspirativa	BELA VISTA DE MINAS	36	25,32	0,00	25,32	911,52	0,00
Exame Biópsia Transretal	BELA VISTA DE MINAS	2	228,00	202,81	25,19	456,00	405,62
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	22	104,50	40,00	64,50	2.299,00	880,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	BELA VISTA DE MINAS	1	1.200,00	0,00	1.200,00	1.200,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	BELA VISTA DE MINAS	1	518,10	408,52	109,58	518,10	408,52
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	BELA VISTA DE MINAS	1	518,10	383,07	135,03	518,10	383,07
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	31	550,00	112,66	437,34	17.050,00	3.492,46
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	BELA VISTA DE MINAS	13	100,00	0,00	100,00	1.300,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	BELA VISTA DE MINAS	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Exame Core Biopsy	BELA VISTA DE MINAS	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)	BELA VISTA DE MINAS	22	104,00	10,11	93,89	2.288,00	222,42
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	BELA VISTA DE MINAS	3	120,00	55,10	64,90	360,00	165,30
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	BELA VISTA DE MINAS	10	155,00	39,60	115,40	1.550,00	396,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	BELA VISTA DE MINAS	10	155,00	39,60	115,40	1.550,00	396,00
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	BELA VISTA DE MINAS	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	BELA VISTA DE MINAS	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	BELA VISTA DE MINAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	BELA VISTA DE MINAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	BELA VISTA DE MINAS	1	175,00	39,60	135,40	175,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	BELA VISTA DE MINAS	22	155,00	39,60	115,40	3.410,00	871,20
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	BELA VISTA DE MINAS	23	155,00	39,60	115,40	3.565,00	910,80
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	BELA VISTA DE MINAS	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	BELA VISTA DE MINAS	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	BELA VISTA DE MINAS	1	270,00	0,00	270,00	270,00	0,00
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	BELA VISTA DE MINAS	1	158,00	39,94	118,06	158,00	39,94
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico*	BELA VISTA DE MINAS	55	185,00	39,94	145,06	10.175,00	3.481,02

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	BELA VISTA DE MINAS	7	293,66	39,94	253,72	2.055,62	391,26
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	6	105,99	24,20	81,79	635,94	145,20
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	BELA VISTA DE MINAS	20	14,40	5,15	9,25	310,40	103,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	BELA VISTA DE MINAS	6	90,00	25,00	65,00	540,00	150,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	BELA VISTA DE MINAS	4	130,00	11,34	118,66	520,00	45,36
Exame Eletroencefalograma De M I D	BELA VISTA DE MINAS	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroencefalograma De M I E	BELA VISTA DE MINAS	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroencefalograma De M S D	BELA VISTA DE MINAS	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
Exame Eletroencefalograma De M S E	BELA VISTA DE MINAS	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
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	129	187,00	48,16	138,84	24.123,00	6.212,64
Exame Endoscopia Infantil C/ Sedação	BELA VISTA DE MINAS	3	600,00	48,16	551,84	1.800,00	144,48
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	5	250,00	7,62	242,38	1.250,00	38,10
Exame Exame Imunohistoquímico	BELA VISTA DE MINAS	1	600,00	131,52	468,48	600,00	131,52
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	BELA VISTA DE MINAS	16	90,00	45,50	44,50	1.440,00	728,00
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	22	31,00	6,74	24,26	682,00	148,28
Exame Holter 24 Horas	BELA VISTA DE MINAS	8	100,00	30,00	70,00	800,00	240,00
Exame Impedanciometria	BELA VISTA DE MINAS	52	23,00	23,00	0,00	1.196,00	1.196,00
Exame Mamografia Bilateral	BELA VISTA DE MINAS	17	90,00	45,00	45,00	1.530,00	765,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	BELA VISTA DE MINAS	11	51,00	45,00	6,00	561,00	495,00
Exame Manometria Esofágica	BELA VISTA DE MINAS	1	440,00	0,00	440,00	440,00	0,00
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) Exame	BELA VISTA DE MINAS	1	24,24	24,24	0,00	24,24	24,24
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	BELA VISTA DE MINAS	428	24,24	24,24	0,00	10.374,72	10.374,72
Exame Paquimetria (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	44	61,33	14,81	46,52	2.698,52	651,64
Exame Polissonografia	BELA VISTA DE MINAS	9	450,00	125,00	325,00	4.050,00	1.125,00
Exame Processamento Auditivo	BELA VISTA DE MINAS	1	120,00	9,36	110,64	120,00	9,36
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	BELA VISTA DE MINAS	20	120,00	6,36	113,64	2.400,00	127,20
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	BELA VISTA DE MINAS	4	190,00	23,73	166,27	760,00	94,92
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	BELA VISTA DE MINAS	3	190,00	66,48	123,52	570,00	199,44
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe /Orofaringe / Laringe /Língua / Traqueia / Tiréide / Paratireoide /Parótida / Glândulas Salivares	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	BELA VISTA DE MINAS	1	750,00	361,25	388,75	750,00	361,25

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	BELA VISTA DE MINAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	BELA VISTA DE MINAS	1	1.000,00	268,75	731,25	1.000,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	BELA VISTA DE MINAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	BELA VISTA DE MINAS	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	BELA VISTA DE MINAS	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Joelho (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	BELA VISTA DE MINAS	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Próstata Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	845,00	0,00	845,00	845,00	0,00
Exame Retinografia (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	22	74,50	24,68	49,82	1.639,00	542,96
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	3	150,00	13,63	136,37	450,00	40,89
Exame Retossigmoidoscopia	BELA VISTA DE MINAS	1	350,00	23,13	326,87	350,00	23,13
Exame Retossigmoidoscopia Flexível	BELA VISTA DE MINAS	1	283,33	23,13	260,20	283,33	23,13
Exame Rx Antebraço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	10	21,24	6,42	14,82	212,40	64,20
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	21	25,96	7,77	18,19	545,16	163,17
Exame Rx Bacia	BELA VISTA DE MINAS	14	22,42	7,77	14,65	313,88	108,78
Exame Rx Braço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	8	24,78	7,77	17,01	198,24	62,16
Exame Rx Calcâneo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	14	20,06	6,50	13,56	280,84	91,00
Exame Rx Clavícula	BELA VISTA DE MINAS	1	24,78	7,40	17,38	24,78	7,40
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To Ou Flexão	BELA VISTA DE MINAS	35	23,60	8,19	15,41	826,00	286,65
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To+ Obliquo	BELA VISTA DE MINAS	4	41,30	8,33	32,97	165,20	33,32
Exame Rx Coluna Cervical :funcional Ou Dinâmica	BELA VISTA DE MINAS	2	41,30	10,29	31,01	82,60	20,58
Exame Rx Coluna Dorsal : Ap + Lateral	BELA VISTA DE MINAS	3	27,14	9,16	17,98	81,42	27,48
Exame Rx Coluna Lombo-sacra Ou Lombar	BELA VISTA DE MINAS	110	29,50	10,96	18,54	3.245,00	1.205,60
Exame Rx Coluna Torácica	BELA VISTA DE MINAS	17	23,00	9,16	13,84	391,00	155,72
Exame Rx Cotovelo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	5	20,06	5,90	14,16	100,30	29,50
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	1	24,78	9,15	15,63	24,78	9,15
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	BELA VISTA DE MINAS	3	87,32	35,22	52,10	261,96	105,66
Exame Rx Joelho Ap + Lat (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	106	21,24	6,78	14,46	2.251,44	718,68
Exame Rx Joelho Ou Rótula: Ap + Lat + Axial Patelar (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	33,04	7,16	25,88	66,08	14,32
Exame Rx Mão E Punhos Para Idade óssea (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	29,50	6,00	23,50	88,50	18,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Rx Mão Ou Quirodáctilos (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	28	20,06	6,30	13,76	561,68	176,40
Exame Rx Omoplata Ou Ombro Funcional (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	31	22,42	7,98	14,44	695,02	247,38
Exame Rx Pe Ou Pododactilos (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	39	21,24	6,78	14,46	828,36	264,42
Exame Rx Pelve / Púbis	BELA VISTA DE MINAS	4	22,42	0,00	22,42	89,68	0,00
Exame Rx Perna (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	8	22,42	8,94	13,48	179,36	71,52
Exame Rx Punho Ap +perfil	BELA VISTA DE MINAS	17	22,42	0,00	22,42	381,14	0,00
Exame Rx Punho Ap+lateral+obliqua (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	22,42	6,91	15,51	22,42	6,91
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 Seios Da Face: Fn + Mn + Lat	BELA VISTA DE MINAS	1	24,78	0,00	24,78	24,78	0,00
Exame Rx Seios Da Face: Fn+lat	BELA VISTA DE MINAS	31	21,27	0,00	21,27	659,37	0,00
Exame Rx Tórax :p A	BELA VISTA DE MINAS	25	17,70	6,88	10,82	442,50	172,00
Exame Rx Tórax :pa + Lateral	BELA VISTA DE MINAS	186	22,42	9,50	12,92	4.170,12	1.767,00
Exame Rx Tornozelo Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	31	20,06	0,00	20,06	621,86	0,00
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	420,00	138,63	281,37	420,00	138,63
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	4	320,00	138,63	181,37	1.280,00	554,52
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	13	130,00	97,44	32,56	1.690,00	1.266,72
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	BELA VISTA DE MINAS	10	270,00	0,00	270,00	2.700,00	0,00
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	230,12	86,75	143,37	460,24	173,50
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	17	204,61	136,41	68,20	3.478,37	2.318,97
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	BELA VISTA DE MINAS	1	90,00	30,00	60,00	90,00	30,00
Exame Teste Ergométrico	BELA VISTA DE MINAS	5	110,00	30,00	80,00	550,00	150,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	1	90,00	12,34	77,66	90,00	12,34
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	BELA VISTA DE MINAS	1	420,00	48,00	372,00	420,00	48,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	BELA VISTA DE MINAS	428	3,37	3,37	0,00	1.442,36	1.442,36
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	BELA VISTA DE MINAS	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	BELA VISTA DE MINAS	259	102,00	37,95	64,05	26.418,00	9.829,05
Exame Us. Antebraço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	82	80,00	0,00	80,00	6.560,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	BELA VISTA DE MINAS	3	60,50	24,20	36,30	181,50	72,60
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	BELA VISTA DE MINAS	7	166,32	24,20	142,12	1.164,24	169,40
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	BELA VISTA DE MINAS	175	60,50	24,20	36,30	10.587,50	4.235,00
Exame Us. Mamárias (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	83	80,00	24,20	55,80	6.640,00	2.008,60
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	9	115,50	24,20	91,30	1.039,50	217,80
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto*	BELA VISTA DE MINAS	14	180,00	24,20	155,80	2.520,00	338,80
Exame Us. Obstétrica Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	20	55,00	24,20	30,80	1.100,00	484,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	15	105,60	39,60	66,00	1.584,00	594,00
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	BELA VISTA DE MINAS	4	55,00	24,20	30,80	220,00	96,80
Exame Us. Obstétrico/endovaginal (Sem Contrato)	BELA VISTA DE MINAS	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Ombro Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	24	55,00	24,20	30,80	1.320,00	580,80
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	27	60,50	24,20	36,30	1.633,50	653,40
Exame Us. Partes Moles	BELA VISTA DE MINAS	2	55,00	0,00	55,00	110,00	0,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	BELA VISTA DE MINAS	5	60,50	24,20	36,30	302,50	121,00
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	BELA VISTA DE MINAS	14	55,00	24,20	30,80	770,00	338,80
Exame Us. Punho (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	4	55,00	0,00	55,00	220,00	0,00
Exame Us. Região Inguinal (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	27,50	0,00	27,50	55,00	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	BELA VISTA DE MINAS	51	66,50	24,20	42,30	3.391,50	1.234,20
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	BELA VISTA DE MINAS	20	55,00	24,20	30,80	1.100,00	484,00
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	BELA VISTA DE MINAS	1	147,84	24,20	123,64	147,84	24,20
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us.transretal	BELA VISTA DE MINAS	3	52,00	24,20	27,80	156,00	72,60
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	BELA VISTA DE MINAS	10	110,00	24,20	85,80	1.100,00	242,00
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	BELA VISTA DE MINAS	6	90,00	45,50	44,50	540,00	273,00
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	BELA VISTA DE MINAS	2	250,00	0,00	250,00	500,00	0,00
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	BELA VISTA DE MINAS	11	21,00	0,00	21,00	231,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas (Municípios)	BELA VISTA DE MINAS	7	1.000,00	0,00	1.000,00	7.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas - (Segunda á Quinta-feira - RP)	BELA VISTA DE MINAS	1	1.000,00	0,00	1.000,00	1.000,00	0,00
Sessão Atendimento Domiciliares/ Atendimentos Compartilhados/ Atendimentos Coletivos/ Atendimentos Individuais/ Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação(TICs), Com Carga Horaria De 04 Horas Diarias.	BELA VISTA DE MINAS	120	97,00	0,00	97,00	11.640,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Sessão Atendimento Domiciliares/ Atendimentos Compartilhados/ Atendimentos Coletivos/ Atendimentos Individuais/ Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação(TICs), Com Carga Horaria De 06 Horas Diárias(Centro De Saude Randolpho De Avila)(FISIOTERAPIA)	BELA VISTA DE MINAS	150	115,00	0,00	115,00	17.250,00	0,00
Sessão Atendimento Domiciliares/ Atendimentos Compartilhados/ Atendimentos Coletivos/ Atendimentos Individuais/ Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação(TICs), Com Carga Horaria De 06 Horas Diárias.(Estrategia Saude Da Familia)(FISIOTERAPIA)	BELA VISTA DE MINAS	132	115,00	0,00	115,00	15.180,00	0,00
Sessão Atendimento Domiciliares/ Atendimentos Compartilhados/ Atendimentos Coletivos/ Atendimentos Individuais/ Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação(TICs), Com Carga Horaria De 06 Horas Diárias.(Centro De Saude Aurelio Teixeira Cotta)(FISIOTERAPIA)	BELA VISTA DE MINAS	127	115,00	0,00	115,00	14.605,00	0,00
Sessão Atendimento Domiciliares/ Atendimentos Compartilhados/ Atendimentos Coletivos/ Atendimentos Individuais/ Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação(TICs), Com Carga Horaria De 08 Horas Diária.(Estrategia Saude Da Familia)(PSICOLOGIA)	BELA VISTA DE MINAS	150	152,40	0,00	152,40	22.860,00	0,00
Sessão Atendimento Domiciliares/ Atendimentos Compartilhados/ Atendimentos Coletivos/ Atendimentos Individuais/ Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação(TICs), Com Carga Horaria De 08 Horas Diárias(Centro De Saude Randolpho De Avila)(PSICOLOGIA)	BELA VISTA DE MINAS	300	152,40	0,00	152,40	45.720,00	0,00
Sessão Atendimento Domiciliares/ Atendimentos Compartilhados/ Atendimentos Coletivos/ Atendimentos Individuais/ Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação(TICs), Com Carga Horaria De 08 Horas Diarias.(NUTRIÇÃO)	BELA VISTA DE MINAS	173	153,00	0,00	153,00	26.469,00	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	357	16,15	0,00	16,15	5.765,55	0,00
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	80	25,29	0,00	25,29	2.023,20	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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	72	25,51	0,00	25,51	1.836,72	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	38	14,36	0,00	14,36	545,68	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	91	12,76	0,00	12,76	1.161,16	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	44	25,82	0,00	25,82	1.136,08	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	28	25,56	0,00	25,56	715,68	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	175	12,31	0,00	12,31	2.154,25	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	134	21,63	0,00	21,63	2.898,42	0,00
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	133	21,85	0,00	21,85	2.906,05	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	86	20,42	0,00	20,42	1.756,12	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	74	21,87	0,00	21,87	1.618,38	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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	66	10,95	0,00	10,95	722,70	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Compartilhados Na Especialidade De Psicologia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolph 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	319	12,31	0,00	12,31	3.926,89	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	180	10,96	0,00	10,96	1.972,80	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	52	21,87	0,00	21,87	1.137,24	0,00
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	101	20,42	0,00	20,42	2.062,42	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	136	20,63	0,00	20,63	2.805,68	0,00
Sessão Atendimentos Domiciliares Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolph 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	139	20,85	0,00	20,85	2.898,15	0,00
Sessão Atendimentos Individuais Na Especialidade De Fisioterapia , Com Atendimento No Centro De Saúde Randolph 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	160	15,48	0,00	15,48	2.476,80	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	338	15,34	0,00	15,34	5.184,92	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	705	14,83	0,00	14,83	10.455,15	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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	260	7,41	0,00	7,41	1.926,60	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	120	13,37	0,00	13,37	1.604,40	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	543	6,07	0,00	6,07	3.296,01	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	213	12,15	0,00	12,15	2.587,95	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	290	13,52	0,00	13,52	3.920,80	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	256	11,28	0,00	11,28	2.887,68	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	217	6,83	0,00	6,83	1.482,11	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	BELA VISTA DE MINAS	742	25,00	10,90	14,10	20.330,00	8.087,80
Transporte 2022 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.	BELA VISTA DE MINAS	14	935,00	0,00	935,00	13.090,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2022 Ambulância Remoção Interna Dentro Da Microrregião De Jm E 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	BELA VISTA DE MINAS	1	275,00	0,00	275,00	275,00	0,00
Transporte 2022 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	BELA VISTA DE MINAS	1	968,00	0,00	968,00	968,00	0,00
Transporte 2022 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.	BELA VISTA DE MINAS	9	2.760,00	0,00	2.760,00	24.840,00	0,00
Transporte 2022 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	6	2.904,00	0,00	2.904,00	17.424,00	0,00
Transporte 2022 Uti Neonatal Remoção Das Cidades De Abrangência Da Microrregião De Saúde De JM E De Itabira, Para BH Municípios Da Região Metropolitana(Betim, Contagem, Nova Lima, Ribeirão Das Neves E Santa Luzia), Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	2	3.816,00	0,00	3.816,00	7.632,00	0,00
Anestesia Sedação Ressonancia (conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) (ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	191,57	0,00	191,57	191,57	0,00
Cirurgia Amigdalectomia C/ Adenoidectomia	CATAS ALTAS	4	674,44	337,22	337,22	2.697,76	1.348,88
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	CATAS ALTAS	8	231,87	78,75	153,12	1.854,96	664,02
Cirurgia Cirurgia De Calázio / Exerese De Calázio (01 Olho)	CATAS ALTAS	1	406,25	78,75	327,50	406,25	78,75
Cirurgia Cirurgia De Pterígio (01 Olho)	CATAS ALTAS	6	510,00	209,55	300,45	3.060,00	1.257,30
Cirurgia Cirurgia De Timpanoplastia (Uni/Bilateral)*	CATAS ALTAS	1	1.236,30	618,15	618,15	1.236,30	618,15
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	CATAS ALTAS	25	828,60	771,60	57,00	20.715,00	19.290,00
Cirurgia Septoplastia Para Correção De Desvio	CATAS ALTAS	2	494,92	247,46	247,46	989,84	494,92
Cirurgia Sinusotomia Bilateral	CATAS ALTAS	1	698,48	349,24	349,24	698,48	349,24
Cirurgia Turbinectomia	CATAS ALTAS	2	631,30	315,65	315,65	1.262,60	631,30
Consulta Avaliação No Departamento De Catarata(ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	86,09	0,00	86,09	86,09	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Retina(ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	121,00	0,00	121,00	121,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	354	57,00	10,00	47,00	21.118,00	3.540,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	CATAS ALTAS	5	57,00	10,00	47,00	290,00	50,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	9	62,00	10,00	52,00	558,00	90,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	2	57,00	10,00	47,00	114,00	20,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	CATAS ALTAS	57	52,00	10,00	42,00	3.099,00	570,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	CATAS ALTAS	4	57,00	10,00	47,00	228,00	40,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	CATAS ALTAS	15	52,00	10,00	42,00	800,00	150,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	CATAS ALTAS	2	380,00	0,00	380,00	760,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	223	62,00	10,00	52,00	13.826,00	2.230,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	80	57,00	10,00	47,00	4.795,00	800,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	201	57,00	10,00	47,00	12.332,00	2.010,00
Consulta Consulta Médica Com Especialista Em Cirurgias Retinianas (quantidade 1) (ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	95,96	0,00	95,96	95,96	0,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	CATAS ALTAS	13	65,50	10,00	55,50	851,50	130,00
Consulta Dermatologia	CATAS ALTAS	230	52,00	10,00	42,00	12.575,00	2.300,00
Consulta Endocrinologia	CATAS ALTAS	53	52,00	10,00	42,00	2.916,00	530,00
Consulta Gastroenterologia	CATAS ALTAS	11	52,00	10,00	42,00	602,00	110,00
Consulta Hematologia	CATAS ALTAS	26	52,00	10,00	42,00	1.422,00	260,00
Consulta Nefrologia	CATAS ALTAS	27	52,00	10,00	42,00	1.489,00	270,00
Consulta Neurologia	CATAS ALTAS	151	52,00	10,00	42,00	7.852,00	1.510,00
Consulta Oftalmologia	CATAS ALTAS	13	29,39	10,00	19,39	417,07	130,00
Consulta Oftalmologia (Catas Altas)	CATAS ALTAS	679	29,39	10,00	19,39	22.170,81	6.790,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	528	57,00	10,00	47,00	31.566,00	5.280,00
Consulta Otorrinolaringologia	CATAS ALTAS	206	52,00	10,00	42,00	11.232,00	2.060,00
Consulta Proctologia	CATAS ALTAS	21	52,00	10,00	42,00	1.147,00	210,00
Consulta Urologia	CATAS ALTAS	2	52,00	10,00	42,00	109,00	20,00
Consulta Urologia (Catas Altas)	CATAS ALTAS	44	57,00	10,00	47,00	2.508,00	440,00
Exame 25 Hidroxivitamina D #	CATAS ALTAS	897	25,00	15,24	9,76	22.425,00	13.670,28
Exame ácido Fólico #	CATAS ALTAS	531	20,00	15,65	4,35	10.620,00	8.310,15
Exame ácido Oxálico #	CATAS ALTAS	1	12,00	3,68	8,32	12,00	3,68
Exame ácido úrico #	CATAS ALTAS	227	5,00	1,85	3,15	1.135,00	419,95
Exame Albumina - Sangue #	CATAS ALTAS	30	5,00	0,00	5,00	150,00	0,00
Exame Aldolase #	CATAS ALTAS	1	7,00	3,68	3,32	7,00	3,68
Exame Aldosterona #	CATAS ALTAS	1	20,00	11,89	8,11	20,00	11,89
Exame Alfa Fetoproteína #	CATAS ALTAS	2	18,00	15,06	2,94	36,00	30,12

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Amilase #	CATAS ALTAS	7	5,40	2,25	3,15	37,80	15,75
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	CATAS ALTAS	387	32,00	40,78	0,00	12.384,00	15.781,86
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	CATAS ALTAS	1	43,21	61,77	0,00	43,21	61,77
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	CATAS ALTAS	11	194,12	64,00	130,12	2.135,32	704,00
Exame Anti Endomisio Iga #	CATAS ALTAS	1	30,00	0,00	30,00	30,00	0,00
Exame Anti Hbc Igg #	CATAS ALTAS	9	15,00	18,55	0,00	135,00	166,95
Exame Anti Hbc Igm #	CATAS ALTAS	10	15,00	18,55	0,00	150,00	185,50
Exame Anti Hbc Total #	CATAS ALTAS	4	15,00	18,55	0,00	60,00	74,20
Exame Anti Hbe #	CATAS ALTAS	4	14,00	18,55	0,00	56,00	74,20
Exame Anti Hbs #	CATAS ALTAS	60	14,00	18,55	0,00	840,00	1.113,00
Exame Anti Hcv #	CATAS ALTAS	38	15,00	18,55	0,00	570,00	704,90
Exame Anti Microsomal - Anti Tpo #	CATAS ALTAS	68	14,00	17,16	0,00	952,00	1.166,88
Exame Anti-gad #	CATAS ALTAS	2	70,00	0,00	70,00	140,00	0,00
Exame Anticoagulante Lúpico #	CATAS ALTAS	3	22,00	0,00	22,00	66,00	0,00
Exame Anticorpos Anti - Dna Nativo #	CATAS ALTAS	4	12,00	8,67	3,33	48,00	34,68
Exame Anticorpos Anti Ccp #	CATAS ALTAS	1	80,00	0,00	80,00	80,00	0,00
Exame Anticorpos Anti Neutrofilos #	CATAS ALTAS	2	55,00	0,00	55,00	110,00	0,00
Exame Anticorpos Anti Rnp #	CATAS ALTAS	1	20,00	0,00	20,00	20,00	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	4	15,00	17,16	0,00	60,00	68,64
Exame Anticorpos Anti-insulina #	CATAS ALTAS	1	30,00	17,16	12,84	30,00	17,16
Exame Anticorpos Anti-ss-b La #	CATAS ALTAS	4	20,00	18,55	1,45	80,00	74,20
Exame Anticorpos Inibidores Do Tsh -trab #	CATAS ALTAS	14	15,00	0,00	15,00	210,00	0,00
Exame Antiestreptolisina	CATAS ALTAS	1	7,00	2,83	4,17	7,00	2,83
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	CATAS ALTAS	69	21,00	21,00	0,00	1.449,00	1.449,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	CATAS ALTAS	68	26,25	26,25	0,00	1.785,00	1.785,00
Exame B-hcg Quantitativo #	CATAS ALTAS	9	12,00	7,85	4,15	108,00	70,65
Exame Baar (2 Amostras) #	CATAS ALTAS	1	7,00	4,20	2,80	7,00	4,20
Exame Baar (3 Amostras) #	CATAS ALTAS	1	7,00	4,20	2,80	7,00	4,20
Exame Bacterioscopia (b A A R) #	CATAS ALTAS	6	7,00	4,20	2,80	42,00	25,20
Exame Bacterioscopia (gram) #	CATAS ALTAS	80	6,50	2,80	3,70	520,00	224,00
Exame Bhcg Qualitativo #	CATAS ALTAS	14	10,00	7,85	2,15	140,00	109,90
Exame Bilirrubina #	CATAS ALTAS	53	7,00	2,01	4,99	371,00	106,53
Exame Biópsia Transretal	CATAS ALTAS	1	228,00	202,81	25,19	228,00	202,81
Exame C A 19.9 #	CATAS ALTAS	3	15,00	0,00	15,00	45,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame C E A #	CATAS ALTAS	15	15,00	13,35	1,65	225,00	200,25
Exame C P K #	CATAS ALTAS	226	9,50	3,68	5,82	2.147,00	831,68
Exame C P K - M B #	CATAS ALTAS	5	19,00	0,00	19,00	95,00	0,00
Exame Ca 125 #	CATAS ALTAS	4	15,00	0,00	15,00	60,00	0,00
Exame Cálcio #	CATAS ALTAS	205	5,00	1,85	3,15	1.025,00	379,25
Exame Cálcio Iônico #	CATAS ALTAS	52	7,50	3,51	3,99	390,00	182,52
Exame Calcitonina #	CATAS ALTAS	1	15,00	14,38	0,62	15,00	14,38
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	CATAS ALTAS	39	104,50	40,00	64,50	4.075,50	1.560,00
Exame Capacidade De Fixação De Ferro (ctlf) #	CATAS ALTAS	13	13,00	2,01	10,99	169,00	26,13
Exame Carbamazepina #	CATAS ALTAS	1	15,00	17,53	0,00	15,00	17,53
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
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	CATAS ALTAS	8	1.200,00	0,00	1.200,00	9.600,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	CATAS ALTAS	7	518,10	408,52	109,58	3.626,70	2.859,64
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	CATAS ALTAS	7	518,10	383,07	135,03	3.626,70	2.681,49
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	CATAS ALTAS	3	195,00	190,99	4,01	585,00	572,97
Exame Cistina #	CATAS ALTAS	1	10,00	2,04	7,96	10,00	2,04
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	CATAS ALTAS	1	250,00	18,00	232,00	250,00	18,00
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	CATAS ALTAS	121	12,66	13,72	0,00	1.531,86	1.660,12
Exame Citomegalovírus Igg #	CATAS ALTAS	2	15,00	11,00	4,00	30,00	22,00
Exame Citomegalovírus Igm #	CATAS ALTAS	2	15,00	11,61	3,39	30,00	23,22
Exame Citrato Urinário #	CATAS ALTAS	3	10,00	2,01	7,99	30,00	6,03
Exame Clearence De Creatinina #	CATAS ALTAS	2	11,00	3,51	7,49	22,00	7,02
Exame Cloreto #	CATAS ALTAS	94	5,00	1,85	3,15	470,00	173,90
Exame Colesterol Hdl #	CATAS ALTAS	469	6,00	3,51	2,49	2.814,00	1.646,19
Exame Colesterol Ldl #	CATAS ALTAS	469	3,00	3,51	0,00	1.407,00	1.646,19
Exame Colesterol Total #	CATAS ALTAS	468	5,00	1,85	3,15	2.340,00	865,80
Exame Colesterol Vldl #	CATAS ALTAS	318	2,70	0,00	2,70	858,60	0,00
Exame Combs Indireto #	CATAS ALTAS	6	12,50	2,73	9,77	75,00	16,38
Exame Complemento 3 (C 3) #	CATAS ALTAS	5	13,60	17,16	0,00	68,00	85,80
Exame Complemento 4 (C 4) #	CATAS ALTAS	5	13,60	17,16	0,00	68,00	85,80
Exame Complemento Ch 50 #	CATAS ALTAS	2	30,00	9,25	20,75	60,00	18,50
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	CATAS ALTAS	31	100,00	0,00	100,00	3.100,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	CATAS ALTAS	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Contraste Ressonância Magnética (Conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) ICISMEP	CATAS ALTAS	1	50,60	0,00	50,60	50,60	0,00
Exame Cortisol #	CATAS ALTAS	5	14,80	9,86	4,94	74,00	49,30
Exame Creatinina #	CATAS ALTAS	507	4,80	1,85	2,95	2.433,60	937,95
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	CATAS ALTAS	34	104,00	10,11	93,89	3.536,00	343,74
Exame Curva Glicêmica #	CATAS ALTAS	4	25,00	3,63	21,37	100,00	14,52
Exame Dehidrotestosterona #	CATAS ALTAS	2	14,00	11,71	2,29	28,00	23,42
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	CATAS ALTAS	23	120,00	55,10	64,90	2.760,00	1.267,30
Exame Desidrogenase Láctica - Ldh #	CATAS ALTAS	22	7,00	3,68	3,32	154,00	80,96
Exame Dimero D #	CATAS ALTAS	7	63,00	0,00	63,00	441,00	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	CATAS ALTAS	15	155,00	39,60	115,40	2.325,00	594,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	CATAS ALTAS	19	155,00	39,60	115,40	2.945,00	752,40
Exame Duplex Scan Arterial MID / MIE E Duplex Scan Venoso MID E MIE (04 Membros)	CATAS ALTAS	1	1.200,00	0,00	1.200,00	1.200,00	0,00
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	CATAS ALTAS	14	175,00	39,60	135,40	2.450,00	554,40
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	CATAS ALTAS	54	155,00	39,60	115,40	8.370,00	2.138,40
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	CATAS ALTAS	55	155,00	39,60	115,40	8.525,00	2.178,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	CATAS ALTAS	81	158,00	39,94	118,06	12.798,00	4.910,34
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico*	CATAS ALTAS	1	185,00	67,86	117,14	185,00	67,86
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	CATAS ALTAS	7	293,66	39,94	253,72	2.055,62	447,10
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	CATAS ALTAS	4	105,99	24,20	81,79	423,96	96,80
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	CATAS ALTAS	2	15,80	5,15	10,65	31,60	10,30
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	CATAS ALTAS	5	90,00	25,00	65,00	550,00	125,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	CATAS ALTAS	8	130,00	11,34	118,66	1.040,00	90,72
Exame Eletroforese De Hemoglobina #	CATAS ALTAS	9	18,00	5,41	12,59	162,00	48,69
Exame Eletroforese De Proteínas (soro) #	CATAS ALTAS	9	10,00	4,42	5,58	90,00	39,78
Exame Eletroneuromiografia De M I D	CATAS ALTAS	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	CATAS ALTAS	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	CATAS ALTAS	12	168,00	27,00	141,00	2.016,00	324,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	CATAS ALTAS	12	168,00	27,00	141,00	2.016,00	324,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	CATAS ALTAS	29	19,00	13,51	5,49	551,00	391,79
Exame Espermograma #	CATAS ALTAS	1	20,00	9,70	10,30	20,00	9,70
Exame Estradiol #	CATAS ALTAS	20	12,00	10,15	1,85	240,00	203,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Estudo Urodinâmico	CATAS ALTAS	2	250,00	7,62	242,38	500,00	15,24
Exame Exame A Fresco - Sec. Vaginal #	CATAS ALTAS	1	7,50	2,80	4,70	7,50	2,80
Exame Exame Direto - Fungos (micológico) #	CATAS ALTAS	16	7,50	0,00	7,50	120,00	0,00
Exame F T A Abs Igm #	CATAS ALTAS	3	14,00	10,00	4,00	42,00	30,00
Exame Fator Anti Nuclear (Fan) #	CATAS ALTAS	38	11,80	17,16	0,00	448,40	652,08
Exame Fator Reumatóide#	CATAS ALTAS	14	5,50	2,83	2,67	77,00	39,62
Exame Fator Rh + Du #	CATAS ALTAS	10	5,90	1,37	4,53	59,00	13,70
Exame Fenobarbital #	CATAS ALTAS	1	12,00	13,13	0,00	12,00	13,13
Exame Ferritina #	CATAS ALTAS	731	14,50	15,59	0,00	10.599,50	11.396,29
Exame Ferro Sérico #	CATAS ALTAS	43	4,50	3,51	0,99	193,50	150,93
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	CATAS ALTAS	25	90,00	45,50	44,50	2.250,00	1.137,50
Exame Fosfatase Alcalina #	CATAS ALTAS	48	5,00	2,01	2,99	240,00	96,48
Exame Fósforo #	CATAS ALTAS	7	5,00	1,85	3,15	35,00	12,95
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	CATAS ALTAS	4	257,50	75,15	182,35	1.030,00	365,52
Exame Frutossamina / Proteína Glicosilada #	CATAS ALTAS	5	9,00	0,00	9,00	45,00	0,00
Exame Fsh#	CATAS ALTAS	64	12,00	7,89	4,11	768,00	504,96
Exame Fta-abs Igg #	CATAS ALTAS	3	14,00	10,00	4,00	42,00	30,00
Exame Fungos - Cultura#	CATAS ALTAS	2	15,00	0,00	15,00	30,00	0,00
Exame Gama Gt #	CATAS ALTAS	110	5,00	3,51	1,49	550,00	386,10
Exame Glicose Dextrosol 75g #	CATAS ALTAS	5	14,00	0,00	14,00	70,00	0,00
Exame Glicose Em Jejum #	CATAS ALTAS	576	5,00	1,85	3,15	2.880,00	1.065,60
Exame Glicose Pós Prandial #	CATAS ALTAS	6	5,00	1,85	3,15	30,00	11,10
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	36	31,00	6,74	24,26	1.116,00	242,64
Exame Grupo Sanguíneo Abo #	CATAS ALTAS	10	6,00	1,37	4,63	60,00	13,70
Exame Hav Igg #	CATAS ALTAS	4	22,00	18,55	3,45	88,00	74,20
Exame Hav Igm #	CATAS ALTAS	5	22,00	18,55	3,45	110,00	92,75
Exame Hbsag #	CATAS ALTAS	28	14,00	18,55	0,00	392,00	519,40
Exame Hemoglobina Glicosilada #	CATAS ALTAS	1.080	12,00	7,86	4,14	12.960,00	8.488,80
Exame Hemograma #	CATAS ALTAS	246	8,50	4,11	4,39	2.091,00	1.011,06
Exame Hemossedimentação #	CATAS ALTAS	10	5,00	2,73	2,27	50,00	27,30
Exame Herpes Simples Igg #	CATAS ALTAS	1	18,00	17,16	0,84	18,00	17,16
Exame Herpes Simples Igm #	CATAS ALTAS	1	18,00	17,16	0,84	18,00	17,16
Exame Hiv #	CATAS ALTAS	22	18,00	10,00	8,00	396,00	220,00
Exame Holter 24 Horas	CATAS ALTAS	28	100,00	30,00	70,00	2.800,00	840,00
Exame Htlv 1 E 2 #	CATAS ALTAS	2	25,00	18,55	6,45	50,00	37,10

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ifi Chagas Igg#	CATAS ALTAS	3	10,00	10,00	0,00	30,00	30,00
Exame Ifi Chagas Igm #	CATAS ALTAS	3	15,00	10,00	5,00	45,00	30,00
Exame Ige Total #	CATAS ALTAS	17	12,00	9,25	2,75	204,00	157,25
Exame Impedanciometria	CATAS ALTAS	60	23,00	23,00	0,00	1.380,00	1.380,00
Exame Imunofenotipagem	CATAS ALTAS	1	730,00	0,00	730,00	730,00	0,00
Exame Imunoglobulina (Iga) #	CATAS ALTAS	21	14,00	17,16	0,00	294,00	360,36
Exame Imunoglobulina Igg #	CATAS ALTAS	18	10,00	0,00	10,00	180,00	0,00
Exame Imunoglobulina Igm #	CATAS ALTAS	16	12,00	17,16	0,00	192,00	274,56
Exame índice De Saturação Transferrina #	CATAS ALTAS	20	7,00	0,00	7,00	140,00	0,00
Exame Insulina #	CATAS ALTAS	30	13,00	10,17	2,83	390,00	305,10
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	CATAS ALTAS	4	228,72	45,00	183,72	914,88	180,00
Exame Lh #	CATAS ALTAS	52	12,00	8,97	3,03	624,00	466,44
Exame Lípase #	CATAS ALTAS	10	6,00	2,25	3,75	60,00	22,50
Exame Lítio #	CATAS ALTAS	12	8,00	2,25	5,75	96,00	27,00
Exame Magnésio #	CATAS ALTAS	17	5,00	2,01	2,99	85,00	34,17
Exame Mamografia Bilateral	CATAS ALTAS	82	90,00	45,00	45,00	7.380,00	3.690,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	CATAS ALTAS	32	51,00	45,00	6,00	1.632,00	1.440,00
Exame Mamografia Unilateral	CATAS ALTAS	2	90,00	22,50	67,50	90,00	45,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	CATAS ALTAS	13	112,00	10,07	101,93	1.456,00	130,91
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	CATAS ALTAS	6	24,24	24,24	0,00	145,44	145,44
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	CATAS ALTAS	13	24,24	24,24	0,00	315,12	315,12
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (Consulta) Catas Altas	CATAS ALTAS	679	24,24	24,24	0,00	16.458,96	16.458,96
Exame Microalbuminúria #	CATAS ALTAS	207	12,00	8,12	3,88	2.484,00	1.680,84
Exame Mucoproteínas #	CATAS ALTAS	6	8,00	2,01	5,99	48,00	12,06
Exame PAAF Da Região Inguinal (esquerda)*	CATAS ALTAS	1	280,00	0,00	280,00	280,00	0,00
Exame PAAF Glândula Salivar (Glândula Submandibular)*	CATAS ALTAS	1	325,00	0,00	325,00	325,00	0,00
Exame Paquimetria (01 Olho)	CATAS ALTAS	72	61,33	14,81	46,52	4.415,76	1.066,32
Exame Parasitológico #	CATAS ALTAS	135	5,00	1,65	3,35	675,00	222,75
Exame Parasitológico No Mif #	CATAS ALTAS	15	5,00	1,65	3,35	75,00	24,75
Exame Paratormônio (p T H) #	CATAS ALTAS	21	19,00	43,13	0,00	399,00	905,73
Exame Peptideo C #	CATAS ALTAS	4	15,00	15,35	0,00	60,00	61,40
Exame Pesquisa De Estreptococos Grupo B #	CATAS ALTAS	27	17,00	0,00	17,00	459,00	0,00
Exame Pesquisa De Sangue Oculto #	CATAS ALTAS	92	8,00	1,65	6,35	736,00	151,80
Exame Plaquetas Manual #	CATAS ALTAS	6	5,00	2,73	2,27	30,00	16,38
Exame Polissonografia	CATAS ALTAS	6	450,00	125,00	325,00	2.700,00	750,00
Exame Potássio #	CATAS ALTAS	660	5,00	1,85	3,15	3.300,00	1.221,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Progesterona #	CATAS ALTAS	7	12,00	10,22	1,78	84,00	71,54
Exame Prolactina #	CATAS ALTAS	43	12,00	10,15	1,85	516,00	436,45
Exame Proteína C Reativa #	CATAS ALTAS	11	7,00	2,83	4,17	77,00	31,13
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	15	7,00	2,04	4,96	105,00	30,60
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	CATAS ALTAS	29	120,00	6,36	113,64	3.480,00	184,44
Exame Psa Total #	CATAS ALTAS	67	15,00	16,42	0,00	1.005,00	1.100,14
Exame Psa Total/livre #	CATAS ALTAS	99	15,00	16,42	0,00	1.485,00	1.625,58
Exame Relação De Proteínas / Creatinina #	CATAS ALTAS	8	13,00	0,00	13,00	104,00	0,00
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	CATAS ALTAS	3	750,00	361,25	388,75	2.250,00	1.083,75
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	CATAS ALTAS	5	1.000,00	268,75	731,25	5.000,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	CATAS ALTAS	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	CATAS ALTAS	22	500,00	268,75	231,25	11.000,00	5.912,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio (Icismep)	CATAS ALTAS	1	440,00	0,00	440,00	440,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	CATAS ALTAS	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	CATAS ALTAS	21	500,00	268,75	231,25	10.500,00	5.643,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	CATAS ALTAS	16	500,00	268,75	231,25	8.000,00	4.300,00
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral)	CATAS ALTAS	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral)	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	CATAS ALTAS	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Reticulócitos #	CATAS ALTAS	36	6,00	2,73	3,27	216,00	98,28
Exame Retinografia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	35	74,50	24,68	49,82	2.607,50	863,80
Exame Rubéola Igg #	CATAS ALTAS	28	13,40	17,16	0,00	375,20	480,48
Exame Rubéola Igm #	CATAS ALTAS	28	13,40	17,16	0,00	375,20	480,48
Exame Shbg Globulina Ligadura De Hormônios Sexuais #	CATAS ALTAS	8	28,00	0,00	28,00	224,00	0,00
Exame Sódio #	CATAS ALTAS	170	5,00	1,85	3,15	850,00	314,50

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Somatomedina C (igf1) #	CATAS ALTAS	3	32,00	15,35	16,65	96,00	46,05
Exame T 3 Livre #	CATAS ALTAS	3	12,00	12,54	0,00	36,00	37,62
Exame T 3 Total #	CATAS ALTAS	82	12,00	8,71	3,29	984,00	714,22
Exame T 4 Livre #	CATAS ALTAS	371	12,00	11,60	0,40	4.452,00	4.303,60
Exame T 4 Total #	CATAS ALTAS	27	12,00	8,76	3,24	324,00	236,52
Exame T S H #	CATAS ALTAS	1.212	12,00	8,96	3,04	14.544,00	10.859,52
Exame T. Cruze - Elisa (chagas) #	CATAS ALTAS	1	10,00	9,25	0,75	10,00	9,25
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	CATAS ALTAS	1	207,94	138,63	69,31	207,94	138,63
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	91	320,00	138,63	181,37	29.120,00	12.615,33
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	CATAS ALTAS	4	130,14	86,75	43,39	520,56	347,00
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	4	130,14	86,76	43,38	520,56	347,04
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	29	136,50	101,10	35,40	3.958,50	2.931,90
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	158	130,00	97,44	32,56	20.540,00	15.395,52
Exame Tc. De Cada Segmento Adicional Para Coluna	CATAS ALTAS	31	54,40	0,00	54,40	1.686,40	0,00
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	CATAS ALTAS	3	270,00	0,00	270,00	810,00	0,00
Exame Tc. Mandíbula S/ Contraste	CATAS ALTAS	1	130,00	86,75	43,25	130,00	86,75
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. Ombro S/ Contraste (unilateral)	CATAS ALTAS	2	110,00	86,75	23,25	220,00	173,50
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	CATAS ALTAS	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	CATAS ALTAS	4	207,94	138,63	69,31	831,76	554,52
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. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	CATAS ALTAS	8	130,00	86,75	43,25	1.040,00	694,00
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	CATAS ALTAS	12	130,00	86,75	43,25	1.560,00	1.041,00
Exame Tc. Sela Túrcica S/ Contraste	CATAS ALTAS	1	130,00	97,44	32,56	130,00	97,44
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	CATAS ALTAS	2	304,61	136,41	168,20	609,22	272,82
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	CATAS ALTAS	72	204,61	136,41	68,20	14.731,92	9.821,52
Exame Tempo De Protrombina #	CATAS ALTAS	64	6,00	2,73	3,27	384,00	174,72
Exame Tempo De Trombop. Parcial #	CATAS ALTAS	40	6,00	0,00	6,00	240,00	0,00
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	CATAS ALTAS	33	90,00	30,00	60,00	2.970,00	990,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Teste Ergométrico	CATAS ALTAS	5	110,00	30,00	80,00	550,00	150,00
Exame Testosterona Livre #	CATAS ALTAS	32	20,00	13,11	6,89	640,00	419,52
Exame Testosterona Total #	CATAS ALTAS	40	12,00	10,43	1,57	480,00	417,20
Exame Tireoglobulina #	CATAS ALTAS	4	15,00	15,35	0,00	60,00	61,40
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	78	420,00	48,00	372,00	32.760,00	3.744,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica(OCT) (ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	60,00	0,00	60,00	60,00	0,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	CATAS ALTAS	13	3,37	3,37	0,00	43,81	43,81
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (Consulta) Catas Altas	CATAS ALTAS	679	3,37	3,37	0,00	2.288,23	2.288,23
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	CATAS ALTAS	4	127,36	24,24	103,12	509,44	96,96
Exame Toxoplasmose Igg #	CATAS ALTAS	78	12,00	16,97	0,00	936,00	1.323,66
Exame Toxoplasmose Igm #	CATAS ALTAS	78	12,00	18,55	0,00	936,00	1.446,90
Exame Transaminase Oxalacética - Tgo #	CATAS ALTAS	149	5,00	2,01	2,99	745,00	299,49
Exame Transaminase Pirúvica - Tgp #	CATAS ALTAS	145	5,00	2,01	2,99	725,00	291,45
Exame Transferrina#	CATAS ALTAS	17	12,00	4,12	7,88	204,00	70,04
Exame Transglutaminase Anti Iga #	CATAS ALTAS	3	40,00	0,00	40,00	120,00	0,00
Exame Transplante Conjuntival (1 Olho)	CATAS ALTAS	6	403,50	0,00	403,50	2.421,00	0,00
Exame Triglicerídeos #	CATAS ALTAS	464	5,00	3,51	1,49	2.320,00	1.628,64
Exame Ultrassonografia De Tórax	CATAS ALTAS	1	44,00	24,20	19,80	44,00	24,20
Exame Uréia #	CATAS ALTAS	329	5,00	1,85	3,15	1.645,00	608,65
Exame Urina Rotina #	CATAS ALTAS	301	4,50	3,70	0,80	1.354,50	1.113,70
Exame Urocultura #	CATAS ALTAS	274	15,00	5,62	9,38	4.110,00	1.539,88
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	CATAS ALTAS	16	66,50	24,20	42,30	1.064,00	387,20
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	CATAS ALTAS	74	102,00	37,95	64,05	7.548,00	2.808,30
Exame Us. Abdominal Superior Com Doppler	CATAS ALTAS	1	147,84	24,20	123,64	147,84	24,20
Exame Us. Antebraço (unilateral)	CATAS ALTAS	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	CATAS ALTAS	36	80,00	0,00	80,00	2.880,00	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	CATAS ALTAS	6	60,50	24,20	36,30	363,00	145,20
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	CATAS ALTAS	6	166,32	24,20	142,12	997,92	145,20
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	97	60,50	24,20	36,30	5.868,50	2.347,40
Exame Us. Endovaginal Com Doppler	CATAS ALTAS	8	110,00	24,20	85,80	880,00	193,60
Exame Us. Estruturas Superficiais	CATAS ALTAS	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Glândulas Salivares (Todas) Com Doppler	CATAS ALTAS	1	110,00	24,20	85,80	110,00	24,20
Exame Us. Joelho Unilateral	CATAS ALTAS	4	55,00	24,20	30,80	220,00	96,80
Exame Us. Mamárias (bilateral)	CATAS ALTAS	45	80,00	24,20	55,80	3.600,00	1.089,00
Exame Us. Mão (unilateral)	CATAS ALTAS	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	CATAS ALTAS	21	115,50	24,20	91,30	2.425,50	508,20
Exame Us. Obstétrica Por Feto	CATAS ALTAS	54	55,00	24,20	30,80	2.970,00	1.306,80
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	CATAS ALTAS	6	105,60	39,60	66,00	633,60	237,60
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	CATAS ALTAS	6	55,00	24,20	30,80	330,00	145,20
Exame Us. Ombro Unilateral	CATAS ALTAS	42	55,00	24,20	30,80	2.310,00	1.016,40
Exame Us. Panturrilha (unilateral)	CATAS ALTAS	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	CATAS ALTAS	21	60,50	24,20	36,30	1.270,50	508,20
Exame Us. Parede Abdominal(Unilateral)	CATAS ALTAS	1	30,25	0,00	30,25	30,25	0,00
Exame Us. Partes Moles	CATAS ALTAS	6	55,00	0,00	55,00	330,00	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	CATAS ALTAS	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Pélvico Abdominal Com Doppler	CATAS ALTAS	1	156,32	0,00	156,32	156,32	0,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	CATAS ALTAS	9	60,50	24,20	36,30	544,50	217,80
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	CATAS ALTAS	52	55,00	24,20	30,80	2.860,00	1.258,40
Exame Us. Perna Unilateral	CATAS ALTAS	4	55,00	0,00	55,00	220,00	0,00
Exame Us. Punho (unilateral)	CATAS ALTAS	4	55,00	24,20	30,80	220,00	96,80
Exame Us. Quadril (unilateral)	CATAS ALTAS	3	55,00	24,20	30,80	165,00	72,60
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	CATAS ALTAS	15	55,00	0,00	55,00	825,00	0,00
Exame Us. Região Inguinal (unilateral)	CATAS ALTAS	5	27,50	0,00	27,50	137,50	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	CATAS ALTAS	72	66,50	24,20	42,30	4.788,00	1.742,40
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	CATAS ALTAS	10	55,00	24,20	30,80	550,00	242,00
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	CATAS ALTAS	7	147,84	24,20	123,64	1.034,88	169,40
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	CATAS ALTAS	3	55,00	24,20	30,80	165,00	72,60
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	CATAS ALTAS	3	60,50	24,20	36,30	181,50	72,60
Exame Us.transretal	CATAS ALTAS	1	52,00	24,20	27,80	52,00	24,20
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	CATAS ALTAS	7	110,00	24,20	85,80	770,00	169,40
Exame V D R L #	CATAS ALTAS	22	5,00	2,83	2,17	110,00	62,26
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	CATAS ALTAS	6	90,00	45,50	44,50	540,00	273,00
Exame Vitamina A (retinol) #	CATAS ALTAS	1	50,00	0,00	50,00	50,00	0,00
Exame Vitamina B12#	CATAS ALTAS	886	12,00	15,24	0,00	10.632,00	13.502,64
Exame Vitamina B6#	CATAS ALTAS	1	70,00	0,00	70,00	70,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Zinco #	CATAS ALTAS	32	13,00	15,65	0,00	416,00	500,80
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	CATAS ALTAS	23	2.128,00	0,00	2.128,00	48.944,00	0,00
Laudos Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	CATAS ALTAS	30	21,00	0,00	21,00	630,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas (Catas Altas)	CATAS ALTAS	19	1.000,00	0,00	1.000,00	19.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico De Cirurgia Geral, Com Carga Horaria De 06 Horas Para Atendimento No Município De Catas Altas.	CATAS ALTAS	5	1.200,00	0,00	1.200,00	6.000,00	0,00
Procedimento Odontológico Condicionamento Em Odontopediatria (máximo 2 Sessões) (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	3	138,84	0,00	138,84	416,52	0,00
Procedimento Odontológico Consulta/Avaliação - Luiza Hosken Marques (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	3	103,00	0,00	103,00	309,00	0,00
Procedimento Odontológico Exodontia De Dentes Decíduos (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	3	93,60	0,00	93,60	280,80	0,00
Procedimento Odontológico Restauração Cimento Ionômero De Vidro 01 Face (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	18	147,00	0,00	147,00	2.646,00	0,00
Procedimento Odontológico Tratamento Endodôntico Em Dentes Decíduos (Odontologia Catas Altas)	CATAS ALTAS	1	254,29	0,00	254,29	254,29	0,00
Sessão Fisioterapia Domiciliar Dentro Perímetro Água Quente	CATAS ALTAS	20	60,00	0,00	60,00	1.200,00	0,00
Sessão Fisioterapia Domiciliar Dentro Perímetro Urbano	CATAS ALTAS	118	56,00	0,00	56,00	6.608,00	0,00
Sessão Fisioterapia Neurológica	CATAS ALTAS	93	19,00	4,67	14,33	2.807,00	434,31
Sessão Fisioterapia Neurológica Domiciliar Dentro Perímetro Urbano	CATAS ALTAS	150	60,00	0,00	60,00	9.000,00	0,00
Sessão Fisioterapia Ortopédica	CATAS ALTAS	543	10,00	0,00	10,00	15.545,00	0,00
Sessão Fisioterapia Respiratoria	CATAS ALTAS	85	19,00	0,00	19,00	3.045,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	CATAS ALTAS	223	25,00	10,90	14,10	5.575,00	2.430,70
Sessão Terapia Fonoaudiologica Individual - Catas Altas	CATAS ALTAS	291	38,00	10,90	27,10	11.058,00	3.171,90
Transporte 2022 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, C/s Espera, C/s Retorno	CATAS ALTAS	42	495,00	0,00	495,00	20.790,00	0,00
Transporte 2022 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	29	935,00	0,00	935,00	27.115,00	0,00
Transporte 2022 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	2	3.630,00	0,00	3.630,00	7.260,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2022 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	8	2.760,00	0,00	2.760,00	22.080,00	0,00
Transporte 2022 Uti Móvel- 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	CATAS ALTAS	1	9.685,44	0,00	9.685,44	9.685,44	0,00
Transporte 2022 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	5	2.904,00	0,00	2.904,00	14.520,00	0,00
Transporte 2022 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	13	1.815,00	0,00	1.815,00	23.595,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	268	180,00	22,27	157,73	48.240,00	5.968,36
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia (SES)	JOÃO MONLEVADE	51	180,00	22,27	157,73	9.180,00	1.135,77
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	JOÃO MONLEVADE	18	180,00	22,27	157,73	3.240,00	400,86
Anestesia Sedação Ressonancia (conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) (ICISMEP)	JOÃO MONLEVADE	1	191,57	0,00	191,57	191,57	0,00
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	90	231,87	78,75	153,12	20.868,30	7.972,02
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	JOÃO MONLEVADE	2	2.500,00	0,00	2.500,00	5.000,00	0,00
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	JOÃO MONLEVADE	510	828,60	771,60	57,00	422.586,00	393.516,00
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Com Ressectoscópio	JOÃO MONLEVADE	1	2.350,00	74,75	2.275,25	2.350,00	74,75
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	JOÃO MONLEVADE	64	957,00	76,50	880,50	70.607,00	4.896,00
Cirurgia Prestação De Serviços De Honorários	JOÃO MONLEVADE	1	1.820,00	0,00	1.820,00	1.820,00	0,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	26	64,00	25,00	39,00	1.664,00	650,00
Cirurgia Serviços Hospitalares	JOÃO MONLEVADE	1	45,00	0,00	45,00	45,00	0,00
Consulta Anestesia/Laudo Pré Operatório.	JOÃO MONLEVADE	2	57,00	10,00	47,00	114,00	20,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	211	57,00	10,00	47,00	12.027,00	2.110,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	138	57,00	10,00	47,00	8.066,00	1.380,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	142	62,00	10,00	52,00	8.804,00	1.420,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	21	57,00	10,00	47,00	1.197,00	210,00
Consulta Consulta Avaliação Médica	JOÃO MONLEVADE	1	300,00	0,00	300,00	300,00	0,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	JOÃO MONLEVADE	871	52,00	10,00	42,00	47.597,00	8.710,00
Consulta Consulta De Anestesiologia	JOÃO MONLEVADE	1	60,00	0,00	60,00	60,00	0,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	JOÃO MONLEVADE	670	52,00	10,00	42,00	36.445,00	6.700,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	JOÃO MONLEVADE	8	380,00	0,00	380,00	3.040,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	1.241	62,00	10,00	52,00	76.942,00	12.410,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	213	57,00	10,00	47,00	12.646,00	2.130,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	302	57,00	10,00	47,00	18.149,00	3.020,00
Consulta Consulta De Visão Subnormal	JOÃO MONLEVADE	1	380,00	0,00	380,00	380,00	0,00
Consulta Consulta Especializada Coloproctologia (Avaliação Colonoscopia Infantil)	JOÃO MONLEVADE	2	250,00	0,00	250,00	500,00	0,00
Consulta Consulta Neurologia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Município Distinto Do Domicílio Do Contrato.	JOÃO MONLEVADE	6	62,00	10,00	52,00	372,00	60,00
Consulta Consulta Para Neurooftalmologista	JOÃO MONLEVADE	1	456,00	0,00	456,00	456,00	0,00
Consulta Endocrinologia	JOÃO MONLEVADE	488	52,00	10,00	42,00	26.391,00	4.880,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	JOÃO MONLEVADE	50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Hematologia	JOÃO MONLEVADE	84	52,00	10,00	42,00	4.673,00	840,00
Consulta Neurologia	JOÃO MONLEVADE	529	52,00	10,00	42,00	27.508,00	5.290,00
Consulta Oftalmologia	JOÃO MONLEVADE	2.833	29,39	10,00	19,39	90.671,87	28.330,00
Consulta Ortopedia	JOÃO MONLEVADE	3.240	52,00	10,00	42,00	176.880,00	32.400,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	27	57,00	10,00	47,00	1.539,00	270,00
Consulta Otorrinolaringologia	JOÃO MONLEVADE	827	52,00	10,00	42,00	44.819,00	8.270,00
Consulta Proctologia	JOÃO MONLEVADE	276	52,00	10,00	42,00	15.437,00	2.760,00
Consulta Traumatologia Distinto Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	102	62,00	10,00	52,00	6.324,00	1.020,00
Consulta Urologia	JOÃO MONLEVADE	602	52,00	10,00	42,00	32.469,00	6.020,00
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	56	194,12	64,00	130,12	10.870,72	3.584,00
Exame Angiofluoreceinografia (1 Olho) 50%	JOÃO MONLEVADE	1	97,06	64,00	33,06	97,06	64,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	JOÃO MONLEVADE	23	500,00	0,00	500,00	11.500,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	JOÃO MONLEVADE	12	21,00	21,00	0,00	252,00	252,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	JOÃO MONLEVADE	11	26,25	26,25	0,00	288,75	288,75
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	9	83,55	24,24	59,31	751,95	218,16
Exame Biópsia De Medula Óssea	JOÃO MONLEVADE	6	380,00	0,00	380,00	2.880,00	1.000,00
Exame Biópsia De Medula Óssea - Dispensa	JOÃO MONLEVADE	1	577,15	200,00	377,15	577,15	200,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Biópsia Transretal	JOÃO MONLEVADE	24	228,00	202,81	25,19	5.472,00	4.757,01
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	250	104,50	40,00	64,50	26.125,00	10.000,00
Exame Campo Visual (01 Olho) - 50%	JOÃO MONLEVADE	1	52,25	40,00	12,25	52,25	40,00
Exame Cariotipo De Medula	JOÃO MONLEVADE	2	770,00	0,00	770,00	1.540,00	0,00
Exame Cariótipo De Medula - Dispensa	JOÃO MONLEVADE	1	773,50	0,00	773,50	773,50	0,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	JOÃO MONLEVADE	34	1.200,00	0,00	1.200,00	40.800,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	JOÃO MONLEVADE	27	518,10	408,52	109,58	13.988,70	11.030,04
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	JOÃO MONLEVADE	27	518,10	383,07	135,03	13.988,70	10.342,89
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	JOÃO MONLEVADE	7	195,00	190,99	4,01	1.365,00	1.336,93
Exame Cintilografia Pulmonar (inalação) Com Mínimo De 02 Projeções	JOÃO MONLEVADE	1	130,00	128,12	1,88	130,00	128,12
Exame Cintilografia Pulmonar (perfusão) - Mínimo 04 Projeções	JOÃO MONLEVADE	1	135,00	130,50	4,50	135,00	130,50
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	JOÃO MONLEVADE	4	225,00	133,03	91,97	900,00	532,12
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	JOÃO MONLEVADE	5	250,00	18,00	232,00	1.250,00	90,00
Exame Colangiressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	JOÃO MONLEVADE	43	500,00	268,75	231,25	21.500,00	11.556,25
Exame Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	271	550,00	112,66	437,34	149.050,00	30.530,86
Exame Colonoscopia (SES)	JOÃO MONLEVADE	51	550,00	112,66	437,34	28.050,00	5.745,66
Exame Contraste (Conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	1	29,30	0,00	29,30	29,30	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	JOÃO MONLEVADE	210	100,00	0,00	100,00	21.000,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	JOÃO MONLEVADE	13	200,00	0,00	200,00	2.600,00	0,00
Exame Contraste Ressonância Magnética (Conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	1	50,60	0,00	50,60	50,60	0,00
Exame Core Biopsy	JOÃO MONLEVADE	29	300,00	140,00	160,00	8.700,00	4.060,00
Exame Curva Diária De Pressão (01 Olho) Ou Cdpo - 50%	JOÃO MONLEVADE	1	52,00	10,11	41,89	52,00	10,11
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	227	104,00	10,11	93,89	23.608,00	2.294,97
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	JOÃO MONLEVADE	100	120,00	55,10	64,90	12.000,00	5.510,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	JOÃO MONLEVADE	87	155,00	39,60	115,40	13.485,00	3.445,20
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	JOÃO MONLEVADE	86	155,00	39,60	115,40	13.330,00	3.405,60
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	JOÃO MONLEVADE	5	155,00	39,60	115,40	775,00	198,00
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	JOÃO MONLEVADE	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
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 Aorta E Ilíacas	JOÃO MONLEVADE	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	JOÃO MONLEVADE	13	155,00	39,60	115,40	2.015,00	514,80

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	JOÃO MONLEVADE	44	175,00	39,60	135,40	7.700,00	1.742,40
Exame Duplex Scan De Vasos Cervicais Venoso Bilateral / Veias Subclávias / Jugular	JOÃO MONLEVADE	1	175,00	39,60	135,40	175,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	JOÃO MONLEVADE	190	155,00	39,60	115,40	29.450,00	7.524,00
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	JOÃO MONLEVADE	195	155,00	39,60	115,40	30.225,00	7.722,00
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	JOÃO MONLEVADE	9	155,00	39,60	115,40	1.395,00	356,40
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	JOÃO MONLEVADE	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	JOÃO MONLEVADE	7	270,00	0,00	270,00	1.890,00	0,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	JOÃO MONLEVADE	11	158,00	39,94	118,06	1.738,00	439,34
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico*	JOÃO MONLEVADE	494	185,00	39,94	145,06	91.390,00	30.982,12
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	JOÃO MONLEVADE	30	293,66	39,94	253,72	8.809,80	1.756,60
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico (SES)	JOÃO MONLEVADE	42	185,00	67,86	117,14	7.770,00	2.850,12
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	107	105,99	24,20	81,79	11.340,93	2.589,40
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	JOÃO MONLEVADE	1	250,00	25,00	225,00	250,00	25,00
Exame Eletroencefalograma Com Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	JOÃO MONLEVADE	4	90,00	25,00	65,00	660,00	100,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília - Compra Direta	JOÃO MONLEVADE	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	JOÃO MONLEVADE	70	50,00	11,34	38,66	7.820,00	793,80
Exame Eletroneuromiografia De Face	JOÃO MONLEVADE	1	168,00	27,00	141,00	168,00	27,00
Exame Eletroneuromiografia De M I D	JOÃO MONLEVADE	43	168,00	27,00	141,00	7.224,00	1.161,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	JOÃO MONLEVADE	42	168,00	27,00	141,00	7.056,00	1.134,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	JOÃO MONLEVADE	96	168,00	27,00	141,00	16.128,00	2.592,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	JOÃO MONLEVADE	96	168,00	27,00	141,00	16.128,00	2.592,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	JOÃO MONLEVADE	6	19,00	13,51	5,49	114,00	81,06
Exame Emissões Otoacústicas Evocada Transitória E Produto De Distorção (eoa)	JOÃO MONLEVADE	1	46,88	46,88	0,00	46,88	46,88
Exame Endoscopia Com Dilatação De Esôfago	JOÃO MONLEVADE	2	2.450,00	49,50	2.400,50	4.900,00	99,00
Exame Endoscopia Digestiva Alta	JOÃO MONLEVADE	611	187,00	48,16	138,84	114.257,00	29.425,76
Exame Endoscopia Digestiva Alta Com Ligadura De Elástico De Varizes	JOÃO MONLEVADE	1	3.000,00	0,00	3.000,00	3.000,00	0,00
Exame Enteroscopia Do Intestino Delgado (cápsula Endoscópica Convencional - Ext)	JOÃO MONLEVADE	1	3.700,00	0,00	3.700,00	3.700,00	0,00
Exame Escanometria Mmii	JOÃO MONLEVADE	1	39,00	7,77	31,23	39,00	7,77
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	JOÃO MONLEVADE	8	242,00	165,24	76,76	1.936,00	1.321,92
Exame Estudo Urodinâmico	JOÃO MONLEVADE	52	250,00	7,62	242,38	13.000,00	396,24
Exame Exame Imunohistoquímico	JOÃO MONLEVADE	3	600,00	131,52	468,48	1.800,00	394,56
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	JOÃO MONLEVADE	100	90,00	45,50	44,50	9.000,00	4.550,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	172	257,50	75,15	182,35	44.290,00	15.262,92
Exame Glicose(Liquor)	JOÃO MONLEVADE	1	7,00	0,00	7,00	7,00	0,00
Exame Gonioscopia (1 Olho) - 50%	JOÃO MONLEVADE	1	15,50	6,74	8,76	15,50	6,74
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	220	31,00	6,74	24,26	6.820,00	1.482,80
Exame Holter 24 Horas	JOÃO MONLEVADE	50	100,00	30,00	70,00	5.000,00	1.500,00
Exame Impedanciometria	JOÃO MONLEVADE	13	23,00	23,00	0,00	299,00	299,00
Exame Imunofenotipagem	JOÃO MONLEVADE	4	1.400,00	0,00	1.400,00	5.600,00	0,00
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	16	228,72	45,00	183,72	3.659,52	720,00
Exame Leucocitos- Liquidos Biologicos(Liquor)	JOÃO MONLEVADE	1	10,00	0,00	10,00	10,00	0,00
Exame Mamografia Bilateral	JOÃO MONLEVADE	1.856	90,00	45,00	45,00	167.040,00	83.520,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	JOÃO MONLEVADE	142	51,00	45,00	6,00	7.242,00	6.390,00
Exame Mamografia Bilateral/ Cismepi	JOÃO MONLEVADE	2	15,00	45,00	0,00	30,00	90,00
Exame Mamografia Unilateral	JOÃO MONLEVADE	157	90,00	22,50	67,50	7.155,00	3.532,50
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	JOÃO MONLEVADE	53	112,00	10,07	101,93	5.936,00	533,71
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	JOÃO MONLEVADE	43	24,24	24,24	0,00	1.042,32	1.042,32
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	JOÃO MONLEVADE	2.833	24,24	24,24	0,00	68.671,92	68.671,92
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	1	216,00	24,24	191,76	216,00	24,24
Exame Mielograma	JOÃO MONLEVADE	1	528,00	0,00	528,00	528,00	0,00
Exame Mielograma + Biópsia	JOÃO MONLEVADE	1	202,19	5,79	196,40	202,19	5,79
Exame Paquimetria (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	443	61,33	14,81	46,52	27.169,19	6.560,83
Exame Pesquisa De Bandas Oligoclonais Por Isofocalização	JOÃO MONLEVADE	1	290,00	0,00	290,00	290,00	0,00
Exame Polissonografia	JOÃO MONLEVADE	36	450,00	125,00	325,00	16.200,00	4.500,00
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	5	150,00	46,88	103,12	750,00	234,40
Exame Proteínas Totais E Frações (liquor)	JOÃO MONLEVADE	1	9,00	0,00	9,00	9,00	0,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	JOÃO MONLEVADE	371	120,00	6,36	113,64	44.520,00	2.359,56
Exame Punção Aspirativa De Medula óssea	JOÃO MONLEVADE	2	428,00	0,00	428,00	856,00	0,00
Exame Punção Aspirativa De Medula óssea - Dispensa	JOÃO MONLEVADE	1	523,80	0,00	523,80	523,80	0,00
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	4	190,00	23,73	166,27	760,00	94,92
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	3	190,00	66,48	123,52	570,00	199,44
Exame Ressonância Magnética De Coxa Unilateral	JOÃO MONLEVADE	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
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

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	JOÃO MONLEVADE	1	750,00	361,25	388,75	750,00	361,25
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	JOÃO MONLEVADE	19	500,00	268,75	231,25	9.500,00	5.106,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	JOÃO MONLEVADE	18	1.000,00	268,75	731,25	18.000,00	4.837,50
Exame Ressonância Magnética De Atm (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	JOÃO MONLEVADE	54	500,00	268,75	231,25	27.000,00	14.512,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical (ICISMEP)	JOÃO MONLEVADE	1	440,00	0,00	440,00	440,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	JOÃO MONLEVADE	106	500,00	268,75	231,25	53.000,00	28.487,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Com Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	JOÃO MONLEVADE	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
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	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio (Icismep)	JOÃO MONLEVADE	1	440,00	0,00	440,00	440,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	JOÃO MONLEVADE	130	500,00	268,75	231,25	65.000,00	34.937,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	9	450,00	268,75	181,25	4.050,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	JOÃO MONLEVADE	6	650,00	268,75	381,25	3.900,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	76	500,00	268,75	231,25	38.000,00	20.425,00
Exame Ressonância Magnética De Joelho (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Mama (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	6	500,00	0,00	500,00	3.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	24	500,00	268,75	231,25	12.000,00	6.450,00
Exame Ressonância Magnética De órbitas	JOÃO MONLEVADE	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De órbitas Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	9	500,00	0,00	500,00	4.500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil (Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil (Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	0,00	450,00	450,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	JOÃO MONLEVADE	31	500,00	268,75	231,25	15.500,00	8.331,25
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonancia Magnética De Região Ano -retal	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	JOÃO MONLEVADE	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	JOÃO MONLEVADE	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	19	500,00	268,75	231,25	9.500,00	5.106,25
Exame Retinografia (1 Olho) - 50%	JOÃO MONLEVADE	1	37,25	24,68	12,57	37,25	24,68
Exame Retinografia (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	239	74,50	24,68	49,82	17.805,50	5.898,52
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	28	150,00	13,63	136,37	4.200,00	381,64
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	JOÃO MONLEVADE	14	150,00	29,84	120,16	2.100,00	417,76
Exame Retossigmoidoscopia	JOÃO MONLEVADE	18	350,00	23,13	326,87	6.300,00	416,34
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	JOÃO MONLEVADE	5	180,54	47,76	132,78	902,70	238,80
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	JOÃO MONLEVADE	7	87,32	35,22	52,10	611,24	246,54
Exame Rx Tórax :pa + Lateral	JOÃO MONLEVADE	1	22,42	9,50	12,92	22,42	9,50
Exame Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	344,00	15,15	328,85	344,00	15,15
Exame Sondagem Vias Lacrimais (01 Olho) Ou Sondagem Do Canal Lacrimal (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	2	180,00	22,93	157,07	360,00	45,86
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	7	307,94	138,63	169,31	2.155,58	970,41
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	4	207,94	138,63	69,31	831,76	554,52
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	85	420,00	138,63	281,37	35.700,00	11.783,55
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	67	320,00	138,63	181,37	21.440,00	9.288,21
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	130,14	86,75	43,39	260,28	173,50
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	12	130,14	86,76	43,38	1.561,68	1.041,12
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	3	130,14	86,76	43,38	390,42	260,28
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	71	136,50	101,10	35,40	9.691,50	7.178,10

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	13	230,00	97,44	132,56	2.990,00	1.266,72
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	227	130,00	97,44	32,56	29.510,00	22.118,88
Exame Tc. De Abdômen Total (ICISMEP)	JOÃO MONLEVADE	1	470,58	0,00	470,58	470,58	0,00
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	JOÃO MONLEVADE	87	270,00	0,00	270,00	23.490,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	110,00	86,75	23,25	220,00	173,50
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	8	130,00	97,44	32,56	1.040,00	779,52
Exame Tc. Ombro S/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	110,00	86,75	23,25	220,00	173,50
Exame Tc. Orbitas S/ Contraste (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	5	130,00	0,00	130,00	650,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	307,94	138,63	169,31	615,88	277,26
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	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	JOÃO MONLEVADE	7	230,12	86,75	143,37	1.610,84	607,25
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares S/Contraste	JOÃO MONLEVADE	4	130,12	86,75	43,37	520,48	347,00
Exame Tc. Quadril S/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	110,00	0,00	110,00	220,00	0,00
Exame Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	JOÃO MONLEVADE	5	130,00	86,75	43,25	650,00	433,75
Exame Tc. Seios Da Face Axial E Conoxial	JOÃO MONLEVADE	1	240,00	86,75	153,25	240,00	86,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	JOÃO MONLEVADE	21	130,00	86,75	43,25	2.730,00	1.821,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/Face C/Contraste	JOÃO MONLEVADE	3	230,00	86,75	143,25	690,00	260,25
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	19	304,61	136,41	168,20	5.787,59	2.591,79
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	177	204,61	136,41	68,20	36.215,97	24.144,57
Exame Teste Ergométrico	JOÃO MONLEVADE	112	110,00	30,00	80,00	12.320,00	3.360,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	4	90,00	12,34	77,66	360,00	49,36
Exame Teste Vestibular	JOÃO MONLEVADE	1	53,50	12,12	41,38	53,50	12,12
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 1 Olho	JOÃO MONLEVADE	2	210,00	0,00	210,00	420,00	0,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	JOÃO MONLEVADE	314	420,00	48,00	372,00	131.880,00	15.072,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	JOÃO MONLEVADE	2.833	3,37	3,37	0,00	9.547,21	9.547,21
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	18	127,36	24,24	103,12	2.292,48	436,32
Exame Uretrocistografia	JOÃO MONLEVADE	3	199,42	52,11	147,31	598,26	156,33
Exame Urofluxometria	JOÃO MONLEVADE	1	150,00	8,82	141,18	150,00	8,82
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	JOÃO MONLEVADE	2	102,00	37,95	64,05	204,00	75,90

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	1	184,80	37,95	146,85	184,80	37,95
Exame Us. Antebraço (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	60,50	24,20	36,30	242,00	96,80
Exame Us. Axilas (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	80,00	0,00	80,00	160,00	0,00
Exame Us. Braço Unilateral	JOÃO MONLEVADE	3	80,00	24,20	55,80	240,00	72,60
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	8	60,50	24,20	36,30	484,00	193,60
Exame US. Coxa Unilateral	JOÃO MONLEVADE	2	80,00	24,20	55,80	160,00	48,40
Exame Us. Coxo Femural (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	60,50	24,20	36,30	242,00	96,80
Exame Us. Endovaginal / Transvagin	JOÃO MONLEVADE	46	60,50	24,20	36,30	2.783,00	1.113,20
Exame Us. Estruturas Superficiais	JOÃO MONLEVADE	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Mamárias (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	3	80,00	24,20	55,80	240,00	72,60
Exame Us. Mão (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	15	55,00	24,20	30,80	825,00	363,00
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	JOÃO MONLEVADE	74	115,50	24,20	91,30	8.547,00	1.790,80
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto*	JOÃO MONLEVADE	124	180,00	24,20	155,80	22.320,00	3.000,80
Exame Us. Obstétrica Por Feto	JOÃO MONLEVADE	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	JOÃO MONLEVADE	16	105,60	39,60	66,00	1.689,60	633,60
Exame Us. Ombro Unilateral	JOÃO MONLEVADE	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Partes Moles	JOÃO MONLEVADE	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	8	55,00	24,20	30,80	440,00	193,60
Exame Us. Punho (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	28	55,00	24,20	30,80	1.540,00	677,60
Exame Us. Quadril (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	8	55,00	24,20	30,80	440,00	193,60
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	JOÃO MONLEVADE	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20
Exame Us. Tendões (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	JOÃO MONLEVADE	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	JOÃO MONLEVADE	6	147,84	24,20	123,64	887,04	145,20
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	21	55,00	24,20	30,80	1.155,00	508,20
Exame Us. Vias Urinárias E Rins C/ Doppler	JOÃO MONLEVADE	1	147,84	24,20	123,64	147,84	24,20
Exame Us.transretal	JOÃO MONLEVADE	24	52,00	24,20	27,80	1.248,00	580,80
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	JOÃO MONLEVADE	1	110,00	24,20	85,80	110,00	24,20
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	JOÃO MONLEVADE	17	90,00	45,50	44,50	1.530,00	773,50
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	JOÃO MONLEVADE	5	250,00	0,00	250,00	1.250,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	JOÃO MONLEVADE	1	2.128,00	0,00	2.128,00	2.128,00	0,00
Injeção Oftalmológica Injeção De Avastin (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	4	1.500,00	0,00	1.500,00	6.000,00	0,00
Laudos Emissão De Laudo Para Exame De Mamografia	JOÃO MONLEVADE	2	30,00	0,00	30,00	60,00	0,00
Laudos Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	JOÃO MONLEVADE	142	21,00	0,00	21,00	2.982,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra - Radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) - Coroa De Jaqueta - Resina Especial Resina Foto Polime-rizável (definitiva)	JOÃO MONLEVADE	8	170,00	150,00	20,00	1.360,00	1.200,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra - Radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) - Coroa De Jaqueta Ou Total Acrílica Termo Polimerizável (provisória)	JOÃO MONLEVADE	10	120,00	150,00	0,00	1.200,00	1.500,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radulares Fixas / Adesivas (por Elemento) Coroa De Veener	JOÃO MONLEVADE	8	220,00	150,00	70,00	1.760,00	1.200,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radulares Fixas / Adesivas (por Elemento) Coroa Total Metálica	JOÃO MONLEVADE	1	150,00	150,00	0,00	150,00	150,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radulares Fixas / Adesivas (por Elemento) Núcleo Metálico Fundido	JOÃO MONLEVADE	20	90,00	150,00	0,00	1.800,00	3.000,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radulares Fixas / Adesivas (por Elemento) Restauração Metálica Fundida	JOÃO MONLEVADE	16	140,00	150,00	0,00	2.240,00	2.400,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	JOÃO MONLEVADE	25	320,00	150,00	170,00	8.000,00	3.750,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	JOÃO MONLEVADE	17	320,00	150,00	170,00	5.440,00	2.550,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	JOÃO MONLEVADE	7	190,00	24,15	165,85	1.330,00	169,05
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	JOÃO MONLEVADE	11	190,00	24,15	165,85	2.090,00	265,65
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	JOÃO MONLEVADE	7	300,00	150,00	150,00	2.100,00	1.050,00
Procedimento Odontológico Prótese Total Maxilar	JOÃO MONLEVADE	17	300,00	150,00	150,00	5.100,00	2.550,00
Procedimento Odontológico Prótese Total Removível Imediata Maxilar	JOÃO MONLEVADE	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	JOÃO MONLEVADE	195	25,00	10,90	14,10	4.875,00	2.125,50
Transporte 2022 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Cidades, C/s Espera, C/s Retorno	JOÃO MONLEVADE	16	495,00	0,00	495,00	7.920,00	0,00
Transporte 2022 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.	JOÃO MONLEVADE	90	935,00	0,00	935,00	84.150,00	0,00
Transporte 2022 Ambulância Remoção Interna Dentro Da Microrregião De JM E 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	1	275,00	0,00	275,00	275,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2022 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	7	396,00	0,00	396,00	2.772,00	0,00
Transporte 2022 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	275,00	0,00	275,00	275,00	0,00
Transporte 2022 Ambulância Transporte Cancelado Após Deslocamento Do Prestador Da Sua Sede,localizada Dentro Da Microrregião De Saúde De JM E Itabira, Para Outros Municípios Das Micros Citadas.	JOÃO MONLEVADE	1	330,00	0,00	330,00	330,00	0,00
Transporte 2022 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	847,00	0,00	847,00	2.541,00	0,00
Transporte 2022 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	2	968,00	0,00	968,00	1.936,00	0,00
Transporte 2022 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	9	3.630,00	0,00	3.630,00	32.670,00	0,00
Transporte 2022 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.	JOÃO MONLEVADE	115	2.760,00	0,00	2.760,00	317.400,00	0,00
Transporte 2022 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	45	2.904,00	0,00	2.904,00	130.680,00	0,00
Transporte 2022 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	JOÃO MONLEVADE	2	1.815,00	0,00	1.815,00	3.630,00	0,00
Transporte 2022 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	5	1.452,00	0,00	1.452,00	7.260,00	0,00
Transporte 2022 UTI NEO NATAL - SEM CONTRATO	JOÃO MONLEVADE	1	4.000,00	0,00	4.000,00	4.000,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2022 Uti Neonatal Remoção Das Cidades De Abrangência Da Microrregião De Saúde De JM E De Itabira, Para BH Municípios Da Região Metropolitana(Betim, Contagem, Nova Lima, Ribeirão Das Neves E Santa Luzia), Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	4	3.816,00	0,00	3.816,00	15.264,00	0,00
Transporte Transporte Cancelado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede Para Transportar Paciente De João Monlevade Para Outro Município*	JOÃO MONLEVADE	1	968,00	0,00	968,00	968,00	0,00
Transporte Viagem P/BH Saída De João Monlevade(+/- 270Km) Para Doadores De Sangue Aos Sábados às 5:00.Valor Unitário Por Viagem.Ônibus: Máximo 10 Anos Fabricação.	JOÃO MONLEVADE	1	2.000,00	0,00	2.000,00	2.000,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	NOVA ERA	23	180,00	22,27	157,73	4.140,00	512,21
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	NOVA ERA	13	180,00	22,27	157,73	2.340,00	289,51
Anestesia Sedação Ressonancia (conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) (ICISMEP)	NOVA ERA	2	191,57	0,00	191,57	383,14	0,00
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	NOVA ERA	21	231,87	78,75	153,12	4.869,27	1.891,89
Cirurgia Colpoperineoplastia Anterior E Posterior	NOVA ERA	1	944,86	472,43	472,43	944,86	472,43
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	130	828,60	771,60	57,00	107.718,00	100.308,00
Cirurgia Hernioplastia Inguinal /Crural (Unilateral)	NOVA ERA	1	891,02	445,51	445,51	891,02	445,51
Cirurgia Hernioplastia Umbilical	NOVA ERA	1	869,98	434,99	434,99	869,98	434,99
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	NOVA ERA	11	957,00	76,50	880,50	12.055,00	841,50
Cirurgia Histeroscopia Diagnóstica	NOVA ERA	1	660,00	25,00	635,00	660,00	25,00
Cirurgia Plástica Total Do Pênis	NOVA ERA	1	1.010,04	505,02	505,02	1.010,04	505,02
Cirurgia Postectomia	NOVA ERA	6	438,24	219,12	219,12	2.629,44	1.314,72
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	NOVA ERA	7	64,00	25,00	39,00	448,00	175,00
Cirurgia Tratamento Cirúrgico De Hidrocele	NOVA ERA	1	513,94	256,97	256,97	513,94	256,97
Cirurgia Tratamento Cirúrgico De Incontinência Urinária Via Vaginal	NOVA ERA	1	745,78	372,89	372,89	745,78	372,89
Cirurgia Vitrectomia Posterior,Corevitrectmia, Membranectomia, Endolaser E óleo De Silicone	NOVA ERA	1	10.500,00	0,00	10.500,00	10.500,00	0,00
Consulta Nefrologia Infantil	NOVA ERA	2	250,00	10,00	240,00	500,00	20,00
Consulta Anestesia/Laudo Pré Operatório Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado.	NOVA ERA	18	62,00	10,00	52,00	1.116,00	180,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Avaliação Pré Cirúrgica Faco Emulsificação De Lente Intraocular	NOVA ERA	155	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	NOVA ERA	47	57,00	10,00	47,00	2.739,00	470,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	NOVA ERA	39	62,00	10,00	52,00	2.418,00	390,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	10	57,00	10,00	47,00	570,00	100,00
Consulta Consulta Cardiologia	NOVA ERA	384	52,00	10,00	42,00	20.993,00	3.840,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	NOVA ERA	442	52,00	10,00	42,00	24.224,00	4.420,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	NOVA ERA	43	52,00	10,00	42,00	2.356,00	430,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	NOVA ERA	51	52,00	10,00	42,00	2.777,00	510,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	NOVA ERA	12	380,00	0,00	380,00	4.560,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicilio Do Contratado	NOVA ERA	449	62,00	10,00	52,00	27.838,00	4.490,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	68	57,00	10,00	47,00	4.041,00	680,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	56	57,00	10,00	47,00	3.407,00	560,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	NOVA ERA	3	62,00	10,00	52,00	186,00	30,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	NOVA ERA	4	65,50	10,00	55,50	262,00	40,00
Consulta Dermatologia	NOVA ERA	295	52,00	10,00	42,00	15.735,00	2.950,00
Consulta Dermatologia Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	79	62,00	10,00	52,00	4.898,00	790,00
Consulta Endocrinologia	NOVA ERA	254	52,00	10,00	42,00	13.868,00	2.540,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	NOVA ERA	9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Gastroenterologia	NOVA ERA	11	52,00	10,00	42,00	572,00	110,00
Consulta Hematologia	NOVA ERA	45	52,00	10,00	42,00	2.475,00	450,00
Consulta Nefrologia	NOVA ERA	26	52,00	10,00	42,00	1.437,00	260,00
Consulta Neurologia	NOVA ERA	268	52,00	10,00	42,00	13.936,00	2.680,00
Consulta Oftalmologia	NOVA ERA	619	29,39	10,00	19,39	19.317,41	6.190,00
Consulta Ortopedia	NOVA ERA	735	52,00	10,00	42,00	40.145,00	7.350,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	9	57,00	10,00	47,00	513,00	90,00
Consulta Otorrinolaringologia	NOVA ERA	1	52,00	10,00	42,00	52,00	10,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	277	57,00	10,00	47,00	16.404,00	2.770,00
Consulta Proctologia	NOVA ERA	93	52,00	10,00	42,00	5.161,00	930,00
Consulta Traumatologia Distinto Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	1	62,00	10,00	52,00	62,00	10,00
Consulta Urologia	NOVA ERA	325	52,00	10,00	42,00	17.505,00	3.250,00
Consulta Visão Subnormal	NOVA ERA	2	200,00	0,00	200,00	400,00	0,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	NOVA ERA	1.296	32,00	40,78	0,00	41.472,00	52.850,88

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	NOVA ERA	8	43,21	61,77	0,00	345,68	494,16
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	NOVA ERA	20	194,12	64,00	130,12	3.882,40	1.280,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	NOVA ERA	5	500,00	0,00	500,00	2.500,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	NOVA ERA	64	21,00	21,00	0,00	1.344,00	1.344,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	NOVA ERA	64	26,25	26,25	0,00	1.680,00	1.680,00
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	NOVA ERA	2	83,55	24,24	59,31	167,10	48,48
Exame Biópsia Aspirativa	NOVA ERA	70	25,32	0,00	25,32	1.772,40	0,00
Exame Biópsia Transretal	NOVA ERA	5	228,00	92,38	135,62	1.140,00	903,62
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	2	1.200,00	0,00	1.200,00	2.400,00	0,00
Exame Cintilografia De Paratireóide	NOVA ERA	1	325,00	324,54	0,46	325,00	324,54
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	2	195,00	190,99	4,01	390,00	381,98
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	NOVA ERA	4	225,00	133,03	91,97	900,00	532,12
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	NOVA ERA	1	250,00	18,00	232,00	250,00	18,00
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Colonoscopia	NOVA ERA	23	550,00	112,66	437,34	12.650,00	2.591,18
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	NOVA ERA	63	100,00	0,00	100,00	6.300,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	NOVA ERA	4	200,00	0,00	200,00	800,00	0,00
Exame Contraste Ressonância Magnética (Conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) ICISMEP	NOVA ERA	2	50,60	0,00	50,60	101,20	0,00
Exame Core Biopsy	NOVA ERA	3	300,00	140,00	160,00	900,00	420,00
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	39	120,00	55,10	64,90	4.680,00	2.148,90
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	NOVA ERA	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	NOVA ERA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Ilíacas	NOVA ERA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	NOVA ERA	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	NOVA ERA	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	NOVA ERA	1	158,00	39,94	118,06	158,00	39,94
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico*	NOVA ERA	123	185,00	39,94	145,06	22.755,00	7.425,42
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	NOVA ERA	30	293,66	39,94	253,72	8.809,80	1.700,76

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico (SES)	NOVA ERA	4	185,00	67,86	117,14	740,00	271,44
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	NOVA ERA	20	105,99	24,20	81,79	2.119,80	484,00
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	NOVA ERA	39	14,40	5,15	9,25	592,40	200,85
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	NOVA ERA	1	90,00	25,00	65,00	90,00	25,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono	NOVA ERA	1	190,00	25,00	165,00	190,00	25,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	NOVA ERA	17	190,00	25,00	165,00	2.230,00	425,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	NOVA ERA	18	130,00	11,34	118,66	2.340,00	204,12
Exame Eletroneuromiografia De Face	NOVA ERA	1	168,00	27,00	141,00	168,00	27,00
Exame Eletroneuromiografia De M I D	NOVA ERA	10	168,00	27,00	141,00	1.680,00	270,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	NOVA ERA	10	168,00	27,00	141,00	1.680,00	270,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	NOVA ERA	16	168,00	27,00	141,00	2.688,00	432,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	NOVA ERA	16	168,00	27,00	141,00	2.688,00	432,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	NOVA ERA	2	19,00	13,51	5,49	38,00	27,02
Exame Endoscopia Com Dilatação De Esôfago	NOVA ERA	3	2.450,00	49,50	2.400,50	7.350,00	148,50
Exame Endoscopia Digestiva Alta	NOVA ERA	48	187,00	48,16	138,84	8.976,00	2.311,68
Exame Endoscopia Digestiva Alta + Retirada De Corpo Estranho	NOVA ERA	1	344,36	48,16	296,20	344,36	48,16
Exame Endoscopia Infantil C/ Sedação	NOVA ERA	1	600,00	48,16	551,84	600,00	48,16
Exame Escanometria Mmii	NOVA ERA	4	39,00	7,77	31,23	156,00	31,08
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	NOVA ERA	4	242,00	165,24	76,76	968,00	660,96
Exame Estudo Urodinâmico	NOVA ERA	4	250,00	7,62	242,38	1.000,00	30,48
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	NOVA ERA	38	90,00	45,50	44,50	3.420,00	1.729,00
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	NOVA ERA	32	257,50	75,15	182,35	8.240,00	2.599,56
Exame Fundoscopia (2 Olhos)	NOVA ERA	2	26,28	3,37	22,91	52,56	6,74
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	NOVA ERA	47	31,00	6,74	24,26	1.457,00	316,78
Exame Impedanciometria	NOVA ERA	60	23,00	23,00	0,00	1.380,00	1.380,00
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	NOVA ERA	12	228,72	45,00	183,72	2.744,64	540,00
Exame Mamografia Bilateral	NOVA ERA	5	90,00	45,00	45,00	450,00	225,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	NOVA ERA	37	51,00	45,00	6,00	1.887,00	1.665,00
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	NOVA ERA	5	24,24	24,24	0,00	121,20	121,20
Exame Mapeamento De Retina (01 Olho) Exame 50%	NOVA ERA	2	12,12	24,24	0,00	24,24	48,48
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	NOVA ERA	619	24,24	24,24	0,00	15.004,56	15.004,56
Exame Microscopia Espacular (2 Olhos)	NOVA ERA	1	216,00	24,24	191,76	216,00	24,24
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	NOVA ERA	3	63,25	3,37	59,88	189,75	10,11
Exame Paquimetria (01 Olho)	NOVA ERA	108	61,33	14,81	46,52	6.623,64	1.599,48

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Polissonografia	NOVA ERA	5	450,00	125,00	325,00	2.250,00	625,00
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 Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	NOVA ERA	5	190,00	23,73	166,27	950,00	118,65
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 Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação.	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxa Unilateral	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	NOVA ERA	8	1.000,00	268,75	731,25	8.000,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	NOVA ERA	12	500,00	268,75	231,25	6.000,00	3.225,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	NOVA ERA	35	500,00	268,75	231,25	17.500,00	9.406,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio (Icismep)	NOVA ERA	2	440,00	0,00	440,00	880,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	NOVA ERA	33	500,00	268,75	231,25	16.500,00	8.868,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	NOVA ERA	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	NOVA ERA	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	NOVA ERA	13	500,00	268,75	231,25	6.500,00	3.493,75
Exame Ressonância Magnética De Mama (Unilateral)	NOVA ERA	3	500,00	0,00	500,00	1.500,00	0,00
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	13	500,00	268,75	231,25	6.500,00	3.493,75
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral)	NOVA ERA	3	500,00	0,00	500,00	1.500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	NOVA ERA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	NOVA ERA	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	NOVA ERA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	NOVA ERA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Retinografia (2 Olhos)	NOVA ERA	51	74,50	24,68	49,82	3.799,50	1.258,68
Exame Retirada De Poliectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	NOVA ERA	1	150,00	13,63	136,37	150,00	13,63
Exame Retossigmoidoscopia	NOVA ERA	2	350,00	23,13	326,87	700,00	46,26
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	NOVA ERA	2	180,54	47,76	132,78	361,08	95,52
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	NOVA ERA	5	87,32	35,22	52,10	436,60	176,10
Exame Rx Histerossalpingografia	NOVA ERA	1	186,44	45,34	141,10	186,44	45,34
Exame Sondagem Vias Lacrimais (01 Olho) Ou Sondagem Do Canal Lacrimal (01 Olho)	NOVA ERA	3	180,00	22,93	157,07	540,00	68,79
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	NOVA ERA	2	307,94	138,63	169,31	615,88	277,26
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	NOVA ERA	11	207,94	138,63	69,31	2.287,34	1.524,93
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	NOVA ERA	38	420,00	138,63	281,37	15.960,00	5.267,94
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	NOVA ERA	63	320,00	138,63	181,37	20.160,00	8.733,69
Exame Tc. Articulação De Membro Inferior S/ Contraste	NOVA ERA	2	130,14	86,75	43,39	260,28	173,50
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	NOVA ERA	4	130,14	86,75	43,39	520,56	347,00
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	9	130,14	86,76	43,38	1.171,26	780,84
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos C/ Contraste	NOVA ERA	1	230,14	86,76	143,38	230,14	86,76
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	7	130,14	86,76	43,38	910,98	607,32
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos C/ Contraste	NOVA ERA	1	236,50	101,10	135,40	236,50	101,10
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	20	136,50	101,10	35,40	2.730,00	2.022,00
Exame Tc. Coxo Femural S/ Contraste (unilateral)	NOVA ERA	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
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	232	130,00	97,44	32,56	30.160,00	22.606,08
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	NOVA ERA	20	270,00	0,00	270,00	5.400,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	NOVA ERA	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)	NOVA ERA	2	230,00	97,44	132,56	460,00	194,88
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	NOVA ERA	6	130,00	97,44	32,56	780,00	584,64
Exame Tc. Ombro S/ Contraste (unilateral)	NOVA ERA	2	110,00	86,75	23,25	220,00	173,50
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	NOVA ERA	3	230,00	0,00	230,00	690,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	NOVA ERA	2	307,94	138,63	169,31	615,88	277,26

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	NOVA ERA	4	207,94	138,63	69,31	831,76	554,52
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	NOVA ERA	4	230,12	86,75	143,37	920,48	347,00
Exame Tc. Quadril S/ Contraste (unilateral)	NOVA ERA	1	110,00	0,00	110,00	110,00	0,00
Exame Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	NOVA ERA	2	130,00	86,75	43,25	260,00	173,50
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	NOVA ERA	22	130,00	86,75	43,25	2.860,00	1.908,50
Exame Tc. Sela Túrcica C/ Contraste	NOVA ERA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
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	119	204,61	136,41	68,20	24.348,59	16.232,79
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	NOVA ERA	42	420,00	48,00	372,00	17.640,00	2.016,00
Exame Tonometria De Aplanção (02 Olhos) Exame	NOVA ERA	1	3,37	3,37	0,00	3,37	3,37
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	NOVA ERA	619	3,37	3,37	0,00	2.086,03	2.086,03
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	NOVA ERA	10	127,36	24,24	103,12	1.273,60	242,40
Exame Uretrocistografia	NOVA ERA	1	199,42	52,11	147,31	199,42	52,11
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto*	NOVA ERA	1	180,00	24,20	155,80	180,00	24,20
Exame Us.transretal	NOVA ERA	7	52,00	24,20	27,80	364,00	169,40
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	NOVA ERA	8	90,00	45,50	44,50	720,00	364,00
Exame Videoendoscopia Da Deglutição	NOVA ERA	2	250,00	0,00	250,00	500,00	0,00
Injeção Oftalmológica Injeção De Avastin (1 Olho)	NOVA ERA	35	1.500,00	0,00	1.500,00	52.500,00	0,00
Laudos Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	NOVA ERA	36	21,00	0,00	21,00	756,00	0,00
Plantão Plantão De Gastroenterologista - 12 Horas	NOVA ERA	38	1.000,00	0,00	1.000,00	39.500,00	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	247	1.000,00	0,00	1.000,00	247.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral 8 Horas Diárias Com Atendimento No Centro De Saúde Ruth Guerra, No Município De Nova Era	NOVA ERA	36	800,00	0,00	800,00	28.800,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral Para Atendimento à Saúde Mental De 05 Horas Diária Para Atendimento No Município De Nova Era	NOVA ERA	37	550,00	0,00	550,00	20.350,00	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	85	1.000,00	0,00	1.000,00	85.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Na área De Saúde Mental Com Carga Horária 04 Horas, Com Atendimento No Município De Nova Era	NOVA ERA	24	900,00	0,00	900,00	21.600,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Plantão Médico Na área De Saúde Mental Com Carga Horaria 12 Horas, Sendo Realizado Duas Vezes Por Semana Com Atendimento No Município De Nova Era.	NOVA ERA	16	1.800,00	0,00	1.800,00	28.800,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	NOVA ERA	35	320,00	150,00	170,00	11.200,00	5.250,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	NOVA ERA	28	320,00	150,00	170,00	8.960,00	4.200,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	NOVA ERA	1	190,00	24,15	165,85	190,00	24,15
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	NOVA ERA	1	190,00	24,15	165,85	190,00	24,15
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	NOVA ERA	29	300,00	150,00	150,00	8.700,00	4.350,00
Procedimento Odontológico Prótese Total Maxilar	NOVA ERA	38	300,00	150,00	150,00	11.400,00	5.700,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	NOVA ERA	320	25,00	10,90	14,10	9.380,00	3.488,00
Transporte 2022 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, C/s Espera, C/s Retorno	NOVA ERA	92	495,00	0,00	495,00	45.540,00	0,00
Transporte 2022 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.	NOVA ERA	173	935,00	0,00	935,00	161.755,00	0,00
Transporte 2022 Ambulância Remoção Interna Dentro Da Microrregião De JM E 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	3	275,00	0,00	275,00	825,00	0,00
Transporte 2022 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	4	396,00	0,00	396,00	1.584,00	0,00
Transporte 2022 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	NOVA ERA	2	275,00	0,00	275,00	550,00	0,00
Transporte 2022 Ambulância Remoção Para Municípios Fora Das Rotas Que Excedam 350km ,Tendo Como Referência O Google Maps,c/s Espera,c/s Retorno Para Cidade De Origem, Tendo Ponto De Partida A Sede Do Prestador.	NOVA ERA	2	1.481,70	0,00	1.481,70	2.702,70	0,00
Transporte 2022 Ambulância Transporte Cancelado Após Deslocamento Do Prestador Da Sua Sede,localizada Dentro Da Microrregião De Saúde De JM E Itabira, Para Outros Municípios Das Micros Citadas.	NOVA ERA	1	330,00	0,00	330,00	330,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2022 Ambulância Transporte Interno Cancelado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede,localizado Dentro Da Microrregião De Saúde De JM E Itabira,para O Destino	NOVA ERA	1	165,00	0,00	165,00	165,00	0,00
Transporte 2022 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.	NOVA ERA	2	1.030,00	0,00	1.030,00	2.060,00	0,00
Transporte 2022 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	1	847,00	0,00	847,00	847,00	0,00
Transporte 2022 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	968,00	0,00	968,00	968,00	0,00
Transporte 2022 Uti Móvel Pediátrica - 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.	NOVA ERA	2	2.180,00	0,00	2.180,00	4.360,00	0,00
Transporte 2022 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.	NOVA ERA	17	2.760,00	0,00	2.760,00	46.920,00	0,00
Transporte 2022 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	NOVA ERA	1	2.904,00	0,00	2.904,00	2.904,00	0,00
Transporte 2022 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	NOVA ERA	26	1.815,00	0,00	1.815,00	47.190,00	0,00
Transporte 2022 UTI NEO NATAL - SEM CONTRATO	NOVA ERA	2	4.000,00	0,00	4.000,00	8.000,00	0,00
Transporte 2022 UTI NEO NATAL - SEM CONTRATO(CANCELADO)	NOVA ERA	1	1.000,00	0,00	1.000,00	1.000,00	0,00
Transporte 2022 Uti Neonatal Remoção Das Cidades De Abrangência Da Microrregião De Saúde De JM E De Itabira, Para BH Municípios Da Região Metropolitana(Betim, Contagem, Nova Lima, Ribeirão Das Neves E Santa Luzia), Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	2	3.816,00	0,00	3.816,00	7.632,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte Remoção Entre As Cidades De Abrangência Da Região Metropolitana De Belo Horizonte (Betim, Contagem, Nova Lima, Ribeirão Das Neves E Santa Luzia), Com Ou Sem Espera Do Paciente, Com Ou Sem Retorno Do Paciente*	NOVA ERA	1	495,00	0,00	495,00	495,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	RIO PIRACICABA	43	180,00	22,27	157,73	7.740,00	957,61
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia (SES)	RIO PIRACICABA	17	180,00	22,27	157,73	3.060,00	378,59
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	RIO PIRACICABA	10	180,00	22,27	157,73	1.800,00	222,70
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	RIO PIRACICABA	12	231,87	78,75	153,12	2.782,44	1.047,06
Cirurgia Cirurgia De Pterígio (01 Olho)	RIO PIRACICABA	1	510,00	209,55	300,45	510,00	209,55
Cirurgia Colecistectomia	RIO PIRACICABA	1	1.391,54	695,77	695,77	1.391,54	695,77
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	RIO PIRACICABA	49	828,60	771,60	57,00	40.601,40	37.808,40
Cirurgia Hernioplastia Inguinal /Crural (Unilateral)	RIO PIRACICABA	1	891,02	445,51	445,51	891,02	445,51
Cirurgia Hernioplastia Umbilical	RIO PIRACICABA	1	869,98	434,99	434,99	869,98	434,99
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	RIO PIRACICABA	6	957,00	76,50	880,50	6.506,00	459,00
Consulta Nefrologia Infantil	RIO PIRACICABA	1	250,00	10,00	240,00	250,00	10,00
Consulta Atendimento Na área De Avaliação Cirurgia Da Mão Em Município Distinto Do Domicilio Do Contratado.	RIO PIRACICABA	257	62,00	0,00	62,00	15.934,00	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Retina(ICISMEP)	RIO PIRACICABA	1	121,00	0,00	121,00	121,00	0,00
Consulta Avaliação Pós Cirúrgica Faco Emulsificação De Lente Intraocular	RIO PIRACICABA	61	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Avaliação Pré Cirúrgica Faco Emulsificação De Lente Intraocular	RIO PIRACICABA	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	1.229	57,00	10,00	47,00	73.568,00	12.290,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	RIO PIRACICABA	35	57,00	10,00	47,00	2.070,00	350,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	RIO PIRACICABA	35	62,00	10,00	52,00	2.170,00	350,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	RIO PIRACICABA	97	52,00	10,00	42,00	5.269,00	970,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	RIO PIRACICABA	20	52,00	10,00	42,00	1.095,00	200,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	RIO PIRACICABA	53	52,00	10,00	42,00	2.876,00	530,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicilio Do Contratado	RIO PIRACICABA	244	62,00	10,00	52,00	15.128,00	2.440,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	60	57,00	10,00	47,00	3.580,00	600,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	54	57,00	10,00	47,00	3.253,00	540,00
Consulta Consulta De Visão Subnormal	RIO PIRACICABA	1	380,00	0,00	380,00	380,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	RIO PIRACICABA	2	62,00	10,00	52,00	124,00	20,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	RIO PIRACICABA	7	65,50	10,00	55,50	458,50	70,00
Consulta Dermatologia	RIO PIRACICABA	180	52,00	10,00	42,00	9.680,00	1.800,00
Consulta Dermatologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	140	62,00	10,00	52,00	8.680,00	1.400,00
Consulta Endocrinologia	RIO PIRACICABA	53	52,00	10,00	42,00	2.911,00	530,00
Consulta Endocrinologia Fora Do Domicílio	RIO PIRACICABA	201	57,00	10,00	47,00	11.982,00	2.010,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	RIO PIRACICABA	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Gastroenterologia	RIO PIRACICABA	1	52,00	10,00	42,00	52,00	10,00
Consulta Hematologia	RIO PIRACICABA	36	52,00	10,00	42,00	1.982,00	360,00
Consulta Nefrologia	RIO PIRACICABA	23	52,00	10,00	42,00	1.266,00	230,00
Consulta Neurologia	RIO PIRACICABA	146	52,00	10,00	42,00	7.592,00	1.460,00
Consulta Oftalmologia	RIO PIRACICABA	1.132	29,39	10,00	19,39	35.829,48	11.320,00
Consulta Ortopedia	RIO PIRACICABA	337	52,00	10,00	42,00	18.219,00	3.370,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	240	57,00	10,00	47,00	13.680,00	2.400,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	318	57,00	10,00	47,00	18.871,00	3.180,00
Consulta Proctologia	RIO PIRACICABA	68	52,00	10,00	42,00	3.786,00	680,00
Consulta Traumatologia Distinto Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	328	62,00	10,00	52,00	20.336,00	3.280,00
Consulta Urologia	RIO PIRACICABA	212	52,00	10,00	42,00	11.544,00	2.120,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	RIO PIRACICABA	1.380	32,00	40,78	0,00	44.160,00	56.276,40
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	RIO PIRACICABA	1	43,21	61,77	0,00	43,21	61,77
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	11	194,12	64,00	130,12	2.135,32	704,00
Exame Angiofluoreceinografia (1 Olho) 50%	RIO PIRACICABA	1	97,06	64,00	33,06	97,06	64,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	RIO PIRACICABA	4	500,00	0,00	500,00	2.000,00	0,00
Exame Aplicação De Lucentis (Serviço Profissional) Indenização	RIO PIRACICABA	1	80,20	0,00	80,20	80,20	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	RIO PIRACICABA	60	21,00	21,00	0,00	1.260,00	1.260,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	RIO PIRACICABA	60	26,25	26,25	0,00	1.575,00	1.575,00
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	RIO PIRACICABA	2	83,55	24,24	59,31	167,10	48,48
Exame Biópsia Aspirativa	RIO PIRACICABA	16	25,32	0,00	25,32	405,12	0,00
Exame Biópsia Transretal	RIO PIRACICABA	4	228,00	92,38	135,62	912,00	700,81
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	63	104,50	40,00	64,50	6.583,50	2.520,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	RIO PIRACICABA	7	1.200,00	0,00	1.200,00	8.400,00	0,00
Exame Cintilografia De Paratireóide	RIO PIRACICABA	3	325,00	324,54	0,46	975,00	973,62
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	RIO PIRACICABA	7	518,10	408,52	109,58	3.626,70	2.859,64

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	RIO PIRACICABA	7	518,10	383,07	135,03	3.626,70	2.681,49
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 Cistoscopia E Uretrocistoscopia	RIO PIRACICABA	2	250,00	18,00	232,00	500,00	36,00
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	RIO PIRACICABA	60	12,66	13,72	0,00	759,60	823,20
Exame Citopatológico De Líquidos (ascístico, Pleural, Urina, Secreção Mama)	RIO PIRACICABA	2	25,32	20,96	4,36	50,64	41,92
Exame Colonoscopia	RIO PIRACICABA	43	550,00	112,66	437,34	23.650,00	4.844,38
Exame Colonoscopia (SES)	RIO PIRACICABA	17	550,00	112,66	437,34	9.350,00	1.915,22
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	RIO PIRACICABA	46	100,00	0,00	100,00	4.600,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	RIO PIRACICABA	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Exame Core Biopsy	RIO PIRACICABA	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)	RIO PIRACICABA	60	104,00	10,11	93,89	6.240,00	606,60
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	RIO PIRACICABA	56	120,00	55,10	64,90	6.720,00	3.085,60
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	RIO PIRACICABA	38	155,00	39,60	115,40	5.890,00	1.504,80
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	RIO PIRACICABA	44	155,00	39,60	115,40	6.820,00	1.742,40
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	RIO PIRACICABA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	RIO PIRACICABA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	RIO PIRACICABA	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Duplex Scan De Carótidas	RIO PIRACICABA	6	155,00	39,60	115,40	930,00	237,60
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	RIO PIRACICABA	15	175,00	39,60	135,40	2.625,00	594,00
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	RIO PIRACICABA	134	155,00	39,60	115,40	20.770,00	5.306,40
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	RIO PIRACICABA	137	155,00	39,60	115,40	21.235,00	5.425,20
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	RIO PIRACICABA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	RIO PIRACICABA	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	RIO PIRACICABA	4	270,00	0,00	270,00	1.080,00	0,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico*	RIO PIRACICABA	183	185,00	39,94	145,06	33.855,00	10.240,62
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	RIO PIRACICABA	22	293,66	39,94	253,72	6.460,52	1.074,12
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico (SES)	RIO PIRACICABA	12	185,00	67,86	117,14	2.220,00	814,32
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	RIO PIRACICABA	10	105,99	24,20	81,79	1.059,90	242,00
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	RIO PIRACICABA	17	14,40	5,15	9,25	258,80	87,55
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	RIO PIRACICABA	1	90,00	25,00	65,00	90,00	25,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	RIO PIRACICABA	2	190,00	25,00	165,00	380,00	50,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	RIO PIRACICABA	12	130,00	11,34	118,66	1.560,00	136,08
Exame Eletroencefalograma De M I D	RIO PIRACICABA	12	168,00	27,00	141,00	2.016,00	324,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Eletroneuromiografia De M I E	RIO PIRACICABA	12	168,00	27,00	141,00	2.016,00	324,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	RIO PIRACICABA	19	168,00	27,00	141,00	3.192,00	513,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	RIO PIRACICABA	19	168,00	27,00	141,00	3.192,00	513,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	RIO PIRACICABA	9	19,00	13,51	5,49	171,00	121,59
Exame Endoscopia Digestiva Alta	RIO PIRACICABA	284	187,00	48,16	138,84	53.108,00	13.677,44
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 Escanometria Mmii	RIO PIRACICABA	1	39,00	7,77	31,23	39,00	7,77
Exame Estudo Urodinâmico	RIO PIRACICABA	6	250,00	7,62	242,38	1.500,00	45,72
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	RIO PIRACICABA	46	90,00	45,50	44,50	4.140,00	2.093,00
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	RIO PIRACICABA	16	257,50	75,15	182,35	4.120,00	1.364,70
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	63	31,00	6,74	24,26	1.953,00	424,62
Exame Holter 24 Horas	RIO PIRACICABA	23	100,00	30,00	70,00	2.300,00	690,00
Exame Impedanciometria	RIO PIRACICABA	59	23,00	23,00	0,00	1.357,00	1.357,00
Exame Linfocintilografia Mmii	RIO PIRACICABA	1	202,00	0,00	202,00	202,00	0,00
Exame Mamografia Bilateral	RIO PIRACICABA	347	90,00	45,00	45,00	31.230,00	15.615,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	RIO PIRACICABA	33	51,00	45,00	6,00	1.683,00	1.485,00
Exame Mamografia Bilateral/ Cismepi	RIO PIRACICABA	1	15,00	45,00	0,00	15,00	45,00
Exame Mamografia Unilateral	RIO PIRACICABA	8	90,00	22,50	67,50	360,00	180,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	RIO PIRACICABA	9	112,00	10,07	101,93	1.008,00	90,63
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	RIO PIRACICABA	1.132	24,24	24,24	0,00	27.439,68	27.439,68
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	4	216,00	24,24	191,76	864,00	96,96
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	1	63,25	3,37	59,88	63,25	3,37
Exame Paquimetria (01 Olho)	RIO PIRACICABA	126	61,33	14,81	46,52	7.727,58	1.866,06
Exame Paracentese De Câmara Anterior - ICISMEP	RIO PIRACICABA	3	109,75	0,00	109,75	329,25	0,00
Exame Pet Scan Ct	RIO PIRACICABA	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Exame Polissonografia	RIO PIRACICABA	15	450,00	125,00	325,00	6.750,00	1.875,00
Exame Potencial Evocado Auditivo De Curta, Média E Longa Latência (bera)	RIO PIRACICABA	1	150,00	46,88	103,12	150,00	46,88
Exame Processamento Auditivo	RIO PIRACICABA	1	120,00	9,36	110,64	120,00	9,36
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	RIO PIRACICABA	75	120,00	6,36	113,64	9.000,00	477,00
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	RIO PIRACICABA	1	190,00	23,73	166,27	190,00	23,73
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	RIO PIRACICABA	3	190,00	66,48	123,52	570,00	199,44

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tiróide / Paratireoide / Parótida / Glândulas Salivares	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO)	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	RIO PIRACICABA	4	1.000,00	268,75	731,25	4.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral)	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	RIO PIRACICABA	12	500,00	268,75	231,25	6.000,00	3.225,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	RIO PIRACICABA	52	500,00	268,75	231,25	26.000,00	13.975,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Com Sedação	RIO PIRACICABA	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	RIO PIRACICABA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Com Sedação	RIO PIRACICABA	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Sem Sedação	RIO PIRACICABA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	RIO PIRACICABA	23	500,00	268,75	231,25	11.500,00	6.181,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	RIO PIRACICABA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	RIO PIRACICABA	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Mama (Unilateral)	RIO PIRACICABA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Mão (unilateral) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
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 Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca / Glúteo	RIO PIRACICABA	13	500,00	268,75	231,25	6.500,00	3.493,75
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral)	RIO PIRACICABA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Retinografia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	62	74,50	24,68	49,82	4.619,00	1.530,16
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	RIO PIRACICABA	3	150,00	13,63	136,37	450,00	40,89
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	RIO PIRACICABA	6	150,00	29,84	120,16	900,00	179,04
Exame Rx Abdomem Simples: Ap	RIO PIRACICABA	4	23,60	7,17	16,43	94,40	28,68
Exame Rx Antebraço (unilateral)	RIO PIRACICABA	5	21,24	6,42	14,82	106,20	32,10
Exame Rx Arcos Costais	RIO PIRACICABA	7	26,14	8,37	17,77	182,98	58,59
Exame Rx Articulação Coxo-femural(unilateral)	RIO PIRACICABA	16	25,96	7,77	18,19	415,36	124,32
Exame Rx Articulação Escapulo Umeral	RIO PIRACICABA	1	22,42	7,40	15,02	22,42	7,40
Exame Rx Bacia	RIO PIRACICABA	17	22,42	7,77	14,65	381,14	132,09
Exame Rx Braço (unilateral)	RIO PIRACICABA	7	24,78	7,77	17,01	173,46	54,39
Exame Rx Calcâneo (unilateral)	RIO PIRACICABA	6	20,06	6,50	13,56	120,36	39,00
Exame Rx Cavum : Lateral+hirtz	RIO PIRACICABA	2	22,42	6,88	15,54	44,84	13,76
Exame Rx Clavícula	RIO PIRACICABA	1	24,78	7,40	17,38	24,78	7,40
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To Ou Flexão	RIO PIRACICABA	7	23,60	8,19	15,41	165,20	57,33
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To+ Obliquo	RIO PIRACICABA	5	41,30	8,33	32,97	206,50	41,65
Exame Rx Coluna Lombo-sacra Ou Lombar	RIO PIRACICABA	33	29,50	10,96	18,54	973,50	361,68
Exame Rx Coluna Torácica	RIO PIRACICABA	4	23,00	9,16	13,84	92,00	36,64
Exame Rx Costelas - Por Hemitorax	RIO PIRACICABA	1	27,14	8,37	18,77	27,14	8,37
Exame Rx Cotovelo (unilateral)	RIO PIRACICABA	12	20,06	5,90	14,16	240,72	70,80
Exame Rx Coxa (unilateral)	RIO PIRACICABA	5	27,14	8,94	18,20	135,70	44,70
Exame Rx Crânio : Pa+lat+bretton	RIO PIRACICABA	11	24,78	9,15	15,63	272,58	100,65
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	RIO PIRACICABA	4	87,32	35,22	52,10	349,28	140,88
Exame Rx Joelho Ap + Lat (unilateral)	RIO PIRACICABA	45	21,24	6,78	14,46	955,80	305,10
Exame Rx Joelho Ou Rótula: Ap + Lat + Axial Patelar (unilateral)	RIO PIRACICABA	20	33,04	7,16	25,88	660,80	143,20
Exame Rx Mão E Punhos Para Idade óssea (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	29,50	6,00	23,50	29,50	6,00
Exame Rx Mão Ou Quirodáctilos (unilateral)	RIO PIRACICABA	21	20,06	6,30	13,76	421,26	132,30
Exame Rx Omoplata Ou Ombro Funcional (unilateral)	RIO PIRACICABA	9	22,42	7,98	14,44	201,78	71,82
Exame Rx Ossos Da Face Mn+fn+lateral+hirtz	RIO PIRACICABA	2	27,14	8,38	18,76	54,28	16,76
Exame Rx Pe Ou Pododactilos (unilateral)	RIO PIRACICABA	44	21,24	6,78	14,46	934,56	298,32
Exame Rx Pelve / Púbis	RIO PIRACICABA	5	22,42	0,00	22,42	112,10	0,00
Exame Rx Perna (unilateral)	RIO PIRACICABA	8	22,42	8,94	13,48	179,36	71,52
Exame Rx Punho Ap +perfil	RIO PIRACICABA	25	22,42	0,00	22,42	560,50	0,00
Exame Rx Punho Ap+lateral+obliqua (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	22,42	6,91	15,51	44,84	13,82

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Rx Quadril	RIO PIRACICABA	7	22,42	7,77	14,65	156,94	54,39
Exame Rx Quadril (bilateral)	RIO PIRACICABA	1	25,96	7,77	18,19	25,96	7,77
Exame Rx Seios Da Face Fn+mn+lateral+hirtz	RIO PIRACICABA	1	24,78	7,32	17,46	24,78	7,32
Exame Rx Seios Da Face: Fn + Mn + Lat	RIO PIRACICABA	43	24,78	0,00	24,78	1.065,54	0,00
Exame Rx Seios Da Face: Fn+lat	RIO PIRACICABA	5	21,27	0,00	21,27	106,35	0,00
Exame Rx Tórax :p A	RIO PIRACICABA	14	17,70	6,88	10,82	247,80	96,32
Exame Rx Tórax :pa + Lateral	RIO PIRACICABA	119	22,42	9,50	12,92	2.667,98	1.130,50
Exame Rx Tornozelo Unilateral	RIO PIRACICABA	29	20,06	0,00	20,06	581,74	0,00
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	RIO PIRACICABA	6	307,94	138,63	169,31	1.847,64	831,78
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	84	320,00	138,63	181,37	26.880,00	11.644,92
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	RIO PIRACICABA	4	130,14	86,76	43,38	520,56	347,04
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	RIO PIRACICABA	12	136,50	101,10	35,40	1.638,00	1.213,20
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	RIO PIRACICABA	11	230,00	97,44	132,56	2.530,00	1.071,84
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	RIO PIRACICABA	154	130,00	97,44	32,56	20.020,00	15.005,76
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	RIO PIRACICABA	11	270,00	0,00	270,00	2.970,00	0,00
Exame Tc. Mandíbula S/ Contraste	RIO PIRACICABA	1	130,00	86,75	43,25	130,00	86,75
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	RIO PIRACICABA	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	RIO PIRACICABA	2	207,94	138,63	69,31	415,88	277,26
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	RIO PIRACICABA	5	230,12	86,75	143,37	1.150,60	433,75
Exame Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	RIO PIRACICABA	5	130,00	86,75	43,25	650,00	433,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	RIO PIRACICABA	5	130,00	86,75	43,25	650,00	433,75
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	RIO PIRACICABA	16	304,61	136,41	168,20	4.873,76	2.182,56
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	RIO PIRACICABA	82	204,61	136,41	68,20	16.778,02	11.185,62
Exame Teste Ergométrico	RIO PIRACICABA	21	110,00	30,00	80,00	2.310,00	630,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	RIO PIRACICABA	63	420,00	48,00	372,00	26.460,00	3.024,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	RIO PIRACICABA	1.132	3,37	3,37	0,00	3.814,84	3.814,84
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	3	127,36	24,24	103,12	382,08	72,72
Exame Transplante Conjuntival (1 Olho)	RIO PIRACICABA	1	403,50	0,00	403,50	403,50	0,00
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	RIO PIRACICABA	4	66,50	24,20	42,30	266,00	96,80
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	RIO PIRACICABA	304	102,00	37,95	64,05	31.008,00	11.536,80

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Antebraço (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us. Articulações	RIO PIRACICABA	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	RIO PIRACICABA	89	80,00	0,00	80,00	7.120,00	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	RIO PIRACICABA	4	60,50	24,20	36,30	242,00	96,80
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	RIO PIRACICABA	1	166,32	24,20	142,12	166,32	24,20
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	3	60,50	24,20	36,30	181,50	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	274	60,50	24,20	36,30	16.577,00	6.630,80
Exame Us. Joelho Unilateral	RIO PIRACICABA	14	55,00	24,20	30,80	770,00	338,80
Exame Us. Mamárias (bilateral)	RIO PIRACICABA	89	80,00	24,20	55,80	7.120,00	2.153,80
Exame Us. Mão (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	RIO PIRACICABA	27	115,50	24,20	91,30	3.118,50	653,40
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto*	RIO PIRACICABA	37	180,00	24,20	155,80	6.660,00	895,40
Exame Us. Obstétrica Por Feto	RIO PIRACICABA	75	55,00	24,20	30,80	4.125,00	1.815,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	RIO PIRACICABA	28	105,60	39,60	66,00	2.956,80	1.108,80
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	RIO PIRACICABA	15	55,00	24,20	30,80	825,00	363,00
Exame Us. Ombro Unilateral	RIO PIRACICABA	89	55,00	24,20	30,80	4.895,00	2.153,80
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	RIO PIRACICABA	24	60,50	24,20	36,30	1.452,00	580,80
Exame Us. Partes Moles	RIO PIRACICABA	8	55,00	0,00	55,00	440,00	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	RIO PIRACICABA	5	55,00	24,20	30,80	275,00	121,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	RIO PIRACICABA	15	60,50	24,20	36,30	907,50	363,00
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	RIO PIRACICABA	29	55,00	24,20	30,80	1.595,00	701,80
Exame Us. Pequenas Partes	RIO PIRACICABA	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Perna Unilateral	RIO PIRACICABA	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Punho (unilateral)	RIO PIRACICABA	5	55,00	24,20	30,80	275,00	121,00
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	RIO PIRACICABA	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Us. Região Inguinal Unilateral (Parede Abdominal)*	RIO PIRACICABA	4	27,50	0,00	27,50	110,00	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	RIO PIRACICABA	73	66,50	24,20	42,30	4.854,50	1.766,60
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	RIO PIRACICABA	32	55,00	24,20	30,80	1.760,00	774,40
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	RIO PIRACICABA	5	147,84	24,20	123,64	739,20	121,00
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	RIO PIRACICABA	5	55,00	24,20	30,80	275,00	121,00
Exame Us. Vias Biliares	RIO PIRACICABA	1	66,50	24,20	42,30	66,50	24,20
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	RIO PIRACICABA	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us.transretal	RIO PIRACICABA	7	52,00	24,20	27,80	364,00	169,40

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	RIO PIRACICABA	31	110,00	24,20	85,80	3.410,00	750,20
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	RIO PIRACICABA	10	90,00	45,50	44,50	900,00	455,00
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	RIO PIRACICABA	5	250,00	0,00	250,00	1.250,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	RIO PIRACICABA	1	2.128,00	0,00	2.128,00	2.128,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentis (Serviço Profissional)	RIO PIRACICABA	9	0,00	0,00	0,00	5.072,70	0,00
Injeção Oftalmológica Injeção De Avastin (1 Olho)	RIO PIRACICABA	3	1.500,00	0,00	1.500,00	4.500,00	0,00
Injeção Oftalmológica INJEÇÃO INTRA - VITREO - ICISMEP	RIO PIRACICABA	3	263,90	0,00	263,90	791,70	0,00
Laudo Emissão De Laudo Para Exame De Mamografia	RIO PIRACICABA	1	30,00	0,00	30,00	30,00	0,00
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	RIO PIRACICABA	33	21,00	0,00	21,00	693,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas (Municípios)	RIO PIRACICABA	14	1.000,00	0,00	1.000,00	14.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico De Cirurgia De Mão, Com Carga Horária De 08 Horas Para Atendimento Nos Municípios Consorciados Do CISMEPI	RIO PIRACICABA	4	1.100,00	0,00	1.100,00	4.400,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	RIO PIRACICABA	105	320,00	150,00	170,00	33.600,00	15.750,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	RIO PIRACICABA	78	320,00	150,00	170,00	24.960,00	11.700,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	RIO PIRACICABA	13	190,00	24,15	165,85	2.470,00	313,95
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	RIO PIRACICABA	12	190,00	24,15	165,85	2.280,00	289,80
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	RIO PIRACICABA	44	300,00	150,00	150,00	13.200,00	6.600,00
Procedimento Odontológico Protese Total Maxilar	RIO PIRACICABA	80	300,00	150,00	150,00	24.000,00	12.000,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	RIO PIRACICABA	366	25,00	10,90	14,10	10.895,00	3.989,40
Transporte 2022 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.	RIO PIRACICABA	2	935,00	0,00	935,00	1.870,00	0,00
Transporte 2022 Ambulância Transporte Cancelado Após Deslocamento Do Prestador Da Sua Sede,localizada Dentro Da Microrregião De Saúde De JM E Itabira, Para Outros Municípios Das Micros Citadas.	RIO PIRACICABA	1	330,00	0,00	330,00	330,00	0,00
Transporte 2022 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.	RIO PIRACICABA	2	3.630,00	0,00	3.630,00	7.260,00	0,00
Transporte 2022 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.	RIO PIRACICABA	21	2.760,00	0,00	2.760,00	57.960,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2022 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	6	2.904,00	0,00	2.904,00	17.424,00	0,00
Transporte 2022 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	RIO PIRACICABA	13	1.815,00	0,00	1.815,00	23.595,00	0,00
Transporte 2022 Uti Neonatal Remoção Das Cidades De Abrangência Da Microrregião De Saúde De JM E De Itabira, Para BH Municípios Da Região Metropolitana(Betim, Contagem, Nova Lima, Ribeirão Das Neves E Santa Luzia), Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	2	3.816,00	0,00	3.816,00	7.632,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	38	180,00	22,27	157,73	6.840,00	846,26
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia (SES)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	22	180,00	22,27	157,73	3.960,00	489,94
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	180,00	22,27	157,73	1.260,00	155,89
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	1.148,00	76,50	1.071,50	1.148,00	76,50
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	64,00	25,00	39,00	512,00	200,00
Consulta Atendimento Na área De Avaliação Cirurgia Da Mão Em Município Distinto Do Domicilio Do Contratado.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	62,00	0,00	62,00	62,00	0,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	833	57,00	10,00	47,00	49.601,00	8.330,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	45	57,00	10,00	47,00	2.645,00	450,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	39	62,00	10,00	52,00	2.418,00	390,00
Consulta Consulta Atendimento Na área Avaliação Cirurgia Cabeça/Pescoço Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	57,00	10,00	47,00	171,00	30,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	118	52,00	10,00	42,00	6.431,00	1.180,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	52,00	10,00	42,00	109,00	20,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	42	52,00	10,00	42,00	2.254,00	420,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	38	62,00	10,00	52,00	2.356,00	380,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	72	57,00	10,00	47,00	4.289,00	720,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	78	57,00	10,00	47,00	4.641,00	780,00
Consulta Dermatologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	113	52,00	10,00	42,00	6.166,00	1.130,00
Consulta Endocrinologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	74	52,00	10,00	42,00	4.078,00	740,00
Consulta Gastroenterologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	52,00	10,00	42,00	788,00	140,00
Consulta Hematologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	40	52,00	10,00	42,00	2.215,00	400,00
Consulta Nefrologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	22	52,00	10,00	42,00	1.219,00	220,00
Consulta Neurologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	15	52,00	10,00	42,00	780,00	150,00
Consulta Oftalmologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	348	29,39	10,00	19,39	10.872,72	3.480,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Ortopedia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	291	52,00	10,00	42,00	15.987,00	2.910,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	815	57,00	10,00	47,00	48.635,00	8.150,00
Consulta Otorrinolaringologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	52,00	10,00	42,00	109,00	20,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	199	57,00	10,00	47,00	11.913,00	1.990,00
Consulta Proctologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	46	52,00	10,00	42,00	2.572,00	460,00
Consulta Traumatologia Distinto Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	62,00	10,00	52,00	248,00	40,00
Consulta Urologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	219	52,00	10,00	42,00	12.018,00	2.190,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	486	32,00	40,78	0,00	15.552,00	19.819,08
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	43,21	61,77	0,00	86,42	123,54
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	194,12	64,00	130,12	970,60	320,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	500,00	0,00	500,00	2.500,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	36	21,00	21,00	0,00	756,00	756,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	36	26,25	26,25	0,00	945,00	945,00
Exame Biópsia Aspirativa	SÃO DOMINGOS DO PRATA	77	25,32	0,00	25,32	1.949,64	0,00
Exame Biópsia Transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	228,00	202,81	25,19	2.964,00	2.636,53
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	104,50	40,00	64,50	1.254,00	480,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	1.200,00	0,00	1.200,00	9.600,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	518,10	408,52	109,58	1.554,30	1.225,56
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	518,10	383,07	135,03	1.554,30	1.149,21
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 Cistoscopia E Uretrocistoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	250,00	18,00	232,00	250,00	18,00
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	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	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	38	550,00	112,66	437,34	20.900,00	4.281,08
Exame Colonoscopia (SES)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	22	550,00	112,66	437,34	12.100,00	2.478,52
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	58	100,00	0,00	100,00	5.800,00	0,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	104,00	10,11	93,89	936,00	90,99
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	120,00	55,10	64,90	1.680,00	771,40
Exame Dopplerfluxometria	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	55,00	0,00	55,00	55,00	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	155,00	39,60	115,40	2.015,00	514,80
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	155,00	39,60	115,40	2.170,00	554,40
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

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 Aorta E Ilíacas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	175,00	39,60	135,40	2.450,00	554,40
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	57	155,00	39,60	115,40	8.835,00	2.257,20
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	60	155,00	39,60	115,40	9.300,00	2.376,00
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	158,00	39,94	118,06	790,00	199,70
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico*	SÃO DOMINGOS DO PRATA	113	185,00	39,94	145,06	20.905,00	7.165,62
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	293,66	39,94	253,72	1.468,30	227,62
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico (SES)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	185,00	67,86	117,14	5.180,00	1.900,08
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	105,99	24,20	81,79	847,92	193,60
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	14,40	5,15	9,25	30,20	10,30
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / ECG / Eletroencefalograma(Compra Direta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	130,00	11,34	118,66	1.820,00	158,76
Exame Eletroneuromiografia De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	168,00	27,00	141,00	1.680,00	270,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	168,00	27,00	141,00	1.680,00	270,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	11	168,00	27,00	141,00	1.848,00	297,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	168,00	27,00	141,00	1.680,00	270,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	19,00	13,51	5,49	95,00	67,55
Exame Endoscopia Digestiva Alta	SÃO DOMINGOS DO PRATA	153	187,00	48,16	138,84	28.611,00	7.368,48
Exame Estudo Urodinâmico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	250,00	7,62	242,38	2.250,00	68,58
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	21	90,00	45,50	44,50	1.890,00	955,50
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	257,50	75,15	182,35	515,00	182,76
Exame Fundoscopia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	26,28	3,37	22,91	26,28	3,37
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	31,00	6,74	24,26	279,00	60,66
Exame Holter 24 Horas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	17	100,00	30,00	70,00	1.700,00	510,00
Exame Impedanciometria	SÃO DOMINGOS DO PRATA	35	23,00	23,00	0,00	805,00	805,00
Exame Mamografia Bilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	82	90,00	45,00	45,00	7.380,00	3.690,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	51,00	45,00	6,00	612,00	540,00
Exame Mamografia Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	15	90,00	22,50	67,50	675,00	337,50
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	112,00	10,07	101,93	560,00	50,35

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	24,24	24,24	0,00	145,44	145,44
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	348	24,24	24,24	0,00	8.435,52	8.435,52
Exame Paquimetria (01 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	18	61,33	14,81	46,52	1.103,94	266,58
Exame Polissonografia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	450,00	125,00	325,00	1.350,00	375,00
Exame Potencial Evocado Auditivo De Curta, Média E Longa Latência (bera)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	150,00	46,88	103,12	900,00	281,28
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	35	120,00	6,36	113,64	4.200,00	222,60
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	190,00	23,73	166,27	2.470,00	308,49
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	190,00	66,48	123,52	190,00	66,48
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	750,00	361,25	388,75	750,00	361,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	1.000,00	268,75	731,25	7.000,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	500,00	268,75	231,25	6.000,00	3.225,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	SÃO DOMINGOS DO PRATA	22	500,00	268,75	231,25	11.000,00	5.912,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	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	49	500,00	268,75	231,25	24.500,00	13.168,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	500,00	268,75	231,25	7.000,00	3.762,50
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De órbitas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Retinografia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	15	74,50	24,68	49,82	1.117,50	370,20
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	150,00	13,63	136,37	600,00	54,52
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	150,00	29,84	120,16	750,00	149,20
Exame Retossigmoidoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	350,00	23,13	326,87	2.800,00	185,04
Exame Retossigmoidoscopia Flexível	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	283,33	23,13	260,20	566,66	46,26
Exame Rx Abdômen Simples: Ap	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	23,60	7,17	16,43	23,60	7,17

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	87,32	35,22	52,10	349,28	140,88
Exame Rx Trânsito E Morfologia Do Delgado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	206,20	47,59	158,61	206,20	47,59
Exame Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	344,00	15,15	328,85	344,00	15,15
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	420,00	138,63	281,37	11.760,00	3.881,64
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	49	320,00	138,63	181,37	15.680,00	6.792,87
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	130,14	86,76	43,38	780,84	520,56
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	136,50	101,10	35,40	1.638,00	1.213,20
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	230,00	97,44	132,56	460,00	194,88
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	185	130,00	97,44	32,56	24.050,00	18.026,40
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	270,00	0,00	270,00	810,00	0,00
Exame Tc. Orbitas S/ Contraste (Bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	130,00	0,00	130,00	260,00	0,00
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	230,12	86,75	143,37	920,48	347,00
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares S/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	130,12	86,75	43,37	260,24	173,50
Exame Tc. Quadril S/ Contraste (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	110,00	0,00	110,00	220,00	0,00
Exame Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	130,00	86,75	43,25	130,00	86,75
Exame Tc. Seios Da Face Axial E Conoxial	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	240,00	86,75	153,25	480,00	173,50
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	130,00	86,75	43,25	910,00	607,25
Exame Tc. Sela Túrcica C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	304,61	136,41	168,20	3.046,10	1.364,10
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	86	204,61	136,41	68,20	17.596,46	11.731,26
Exame Teste Ergométrico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	110,00	30,00	80,00	1.540,00	420,00
Exame Teste Vestibular	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	53,50	12,12	41,38	53,50	12,12
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	SÃO DOMINGOS DO PRATA	18	420,00	48,00	372,00	7.560,00	864,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	348	3,37	3,37	0,00	1.172,76	1.172,76
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	127,36	24,24	103,12	764,16	145,44
Exame Uretrocistografia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	199,42	52,11	147,31	199,42	52,11
Exame Us. Abdomen Inferior (Masculino: Bexiga,próstata,vesícula Seminais; Feminino: Bexiga,útero,ovários E Anexos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	66,50	24,20	42,30	665,00	242,00
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	66,50	24,20	42,30	532,00	193,60

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

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)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	220	102,00	37,95	64,05	22.440,00	8.349,00
Exame Us. Articulações	SÃO DOMINGOS DO PRATA	15	60,50	24,20	36,30	907,50	363,00
Exame Us. Axilas (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	49	80,00	0,00	80,00	3.920,00	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	60,50	24,20	36,30	847,00	338,80
Exame Us. Braço Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	80,00	24,20	55,80	80,00	24,20
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	60,50	24,20	36,30	181,50	72,60
Exame Us. Dermatológico (Pele, Subcutâneo, Nódulos Superficiais, Unha)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	80,00	0,00	80,00	80,00	0,00
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	168	60,50	24,20	36,30	10.164,00	4.065,60
Exame Us. Estruturas Superficiais	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	55,00	0,00	55,00	165,00	0,00
Exame Us. Glândulas Salivares(Parótidas, Submandibulares, Sublinguais)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
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	59	80,00	24,20	55,80	4.720,00	1.427,80
Exame Us. Mão (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	55,00	24,20	30,80	55,00	24,20
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	19	115,50	24,20	91,30	2.194,50	459,80
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto*	SÃO DOMINGOS DO PRATA	30	180,00	24,20	155,80	5.400,00	726,00
Exame Us. Obstétrica Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	92	55,00	24,20	30,80	5.060,00	2.226,40
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	105,60	39,60	66,00	2.956,80	1.108,80
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	49	55,00	24,20	30,80	2.695,00	1.185,80
Exame Us. Ombro Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	39	55,00	24,20	30,80	2.145,00	943,80
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	31	60,50	24,20	36,30	1.875,50	750,20
Exame Us. Partes Moles	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	55,00	0,00	55,00	330,00	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	55,00	24,20	30,80	275,00	121,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	15	60,50	24,20	36,30	907,50	363,00
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	51	55,00	24,20	30,80	2.805,00	1.234,20
Exame Us. Punho (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	55,00	24,20	30,80	220,00	96,80
Exame Us. Quadril (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	55,00	24,20	30,80	110,00	48,40
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	55,00	0,00	55,00	385,00	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	SÃO DOMINGOS DO PRATA	121	66,50	24,20	42,30	8.046,50	2.928,20
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	SÃO DOMINGOS DO PRATA	23	55,00	24,20	30,80	1.265,00	556,60
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	147,84	24,20	123,64	1.182,72	193,60
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	55,00	24,20	30,80	385,00	169,40
Exame Us. Translucência Nucal Com Doppler Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	105,00	0,00	105,00	105,00	0,00
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	60,50	24,20	36,30	60,50	24,20
Exame Us.transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	52,00	24,20	27,80	728,00	338,80

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	24	110,00	24,20	85,80	2.640,00	580,80
Exame Us.vias Urinárias, Aparelho Urinário Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	147,84	24,20	123,64	147,84	24,20
Exame Vídeo (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	90,00	45,50	44,50	270,00	136,50
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	21,00	0,00	21,00	273,00	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 , N° 43, Centro/SDP	SÃO DOMINGOS DO PRATA	37	1.000,00	0,00	1.000,00	37.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas - (Segunda á Quinta-feira - RP)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	11	1.000,00	0,00	1.000,00	11.700,00	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 , N° 86 - Centro / SDP (COVID 19)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	50	1.000,00	0,00	1.000,00	50.000,00	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	73	1.000,00	0,00	1.000,00	73.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Na área De Atenção Psicossocial Com Carga Horaria 10 Horas, Sendo Realizado(03) Três Vezes Por Semana Com Atendimento No Município De São Domingos Do Prata.Com Atendimento Mínimo De 20 Usuários.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	95	1.600,00	0,00	1.600,00	152.000,00	0,00
Transporte 2022 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.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	935,00	0,00	935,00	11.220,00	0,00
Transporte 2022 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	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	968,00	0,00	968,00	968,00	0,00
Transporte 2022 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	3.630,00	0,00	3.630,00	10.890,00	0,00
Transporte 2022 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.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	16	2.760,00	0,00	2.760,00	44.160,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2022 à 31/12/2022

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2022 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	2	2.904,00	0,00	2.904,00	5.808,00	0,00
Transporte 2022 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	SÃO DOMINGOS DO PRATA	22	1.815,00	0,00	1.815,00	39.930,00	0,00
Transporte 2022 Uti Neonatal Remoção Das Cidades De Abrangência Da Microrregião De Saúde De JM E De Itabira, Para BH Municípios Da Região Metropolitana(Betim, Contagem, Nova Lima, Ribeirão Das Neves E Santa Luzia), Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	3.816,00	0,00	3.816,00	3.816,00	0,00
TOTAL GERAL		102.940				9.833.089,10	2.856.316,35