

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	27	180,00	22,27	157,73	5.481,00	601,29
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia (SES)	BELA VISTA DE MINAS	16	180,00	22,27	157,73	2.880,00	356,32
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	BELA VISTA DE MINAS	7	180,00	22,27	157,73	1.395,00	155,89
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	2	231,87	112,77	119,10	463,74	225,54
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	17	828,60	771,60	57,00	14.086,20	13.117,20
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	BELA VISTA DE MINAS	4	1.148,00	76,50	1.071,50	4.592,00	306,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	2	64,00	25,00	39,00	128,00	50,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	401	70,00	10,00	60,00	28.070,00	4.010,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	41	70,00	10,00	60,00	2.870,00	410,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	43	62,00	10,00	52,00	2.666,00	430,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	BELA VISTA DE MINAS	77	57,00	10,00	47,00	4.467,00	770,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	BELA VISTA DE MINAS	10	57,00	10,00	47,00	591,00	100,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	BELA VISTA DE MINAS	48	57,00	10,00	47,00	2.814,00	480,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	390	62,00	10,00	52,00	25.756,00	3.900,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	59	62,00	10,00	52,00	3.858,00	590,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	116	62,00	10,00	52,00	7.240,00	1.160,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	BELA VISTA DE MINAS	3	57,00	10,00	47,00	177,00	30,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	BELA VISTA DE MINAS	19	62,00	10,00	52,00	1.274,00	190,00
Consulta Dermatologia	BELA VISTA DE MINAS	65	57,00	10,00	47,00	3.852,00	650,00
Consulta Dermatologia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	225	62,00	10,00	52,00	14.966,00	2.250,00
Consulta Endocrinologia	BELA VISTA DE MINAS	162	57,00	10,00	47,00	9.501,00	1.620,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	BELA VISTA DE MINAS	6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Hematologia	BELA VISTA DE MINAS	2	57,00	10,00	47,00	114,00	20,00
Consulta Nefrologia	BELA VISTA DE MINAS	2	57,00	10,00	47,00	114,00	20,00
Consulta Oftalmologia	BELA VISTA DE MINAS	279	34,39	10,00	24,39	10.068,81	2.790,00
Consulta Ortopedia	BELA VISTA DE MINAS	371	57,00	10,00	47,00	21.741,00	3.710,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	319	62,00	10,00	52,00	20.866,00	3.190,00
Consulta Otorrinolaringologia	BELA VISTA DE MINAS	1	57,00	10,00	47,00	57,00	10,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	251	62,00	10,00	52,00	16.674,00	2.510,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Proctologia	BELA VISTA DE MINAS	89	57,00	10,00	47,00	5.193,00	890,00
Consulta Urologia	BELA VISTA DE MINAS	7	57,00	10,00	47,00	405,00	70,00
Coordenação/Supervisão Bela Vista De Minas - Contratação De Empresa Para Prestação De Serviços De Coordenação E Supervisão Na área De Neurologia Para Atendimentos Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi	BELA VISTA DE MINAS	12	700,63	0,00	700,63	8.407,56	0,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	BELA VISTA DE MINAS	677	32,00	40,78	0,00	24.154,00	27.608,06
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	BELA VISTA DE MINAS	1	43,21	61,77	0,00	43,21	61,77
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	1	194,12	64,00	130,12	194,12	64,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	BELA VISTA DE MINAS	54	21,00	21,00	0,00	1.134,00	1.134,00
Exame Audiometria Vocal / Logoaudiometria (LDV - IRF - LRF)	BELA VISTA DE MINAS	44	26,25	26,25	0,00	1.155,00	1.155,00
Exame Biópsia Aspirativa	BELA VISTA DE MINAS	35	25,32	0,00	25,32	904,60	0,00
Exame Biópsia Transretal	BELA VISTA DE MINAS	2	288,00	202,81	85,19	576,00	405,62
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	BELA VISTA DE MINAS	3	518,10	408,52	109,58	1.554,30	1.225,56
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	BELA VISTA DE MINAS	3	518,10	383,07	135,03	1.554,30	1.149,21
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	BELA VISTA DE MINAS	1	195,00	190,99	4,01	195,00	190,99
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	BELA VISTA DE MINAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	27	550,00	112,66	437,34	16.759,00	3.041,82
Exame Colonoscopia (SES)	BELA VISTA DE MINAS	16	550,00	112,66	437,34	8.800,00	1.802,56
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	BELA VISTA DE MINAS	15	100,00	0,00	100,00	1.500,00	0,00
Exame Core Biopsy	BELA VISTA DE MINAS	2	300,00	140,00	160,00	600,00	280,00
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	BELA VISTA DE MINAS	9	120,00	55,10	64,90	1.080,00	495,90
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	BELA VISTA DE MINAS	9	155,00	39,60	115,40	1.395,00	356,40
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	BELA VISTA DE MINAS	9	155,00	39,60	115,40	1.395,00	356,40
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	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	6	175,00	39,60	135,40	1.050,00	237,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	BELA VISTA DE MINAS	43	155,00	39,60	115,40	6.665,00	1.702,80
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	BELA VISTA DE MINAS	38	155,00	39,60	115,40	5.890,00	1.504,80
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	BELA VISTA DE MINAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	BELA VISTA DE MINAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	BELA VISTA DE MINAS	1	280,00	0,00	280,00	280,00	0,00
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	BELA VISTA DE MINAS	55	225,00	67,86	157,14	12.375,00	3.732,30
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico*	BELA VISTA DE MINAS	9	185,00	67,86	117,14	1.905,00	610,74
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	BELA VISTA DE MINAS	11	293,66	67,86	225,80	3.230,26	746,46

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	2	105,99	24,20	81,79	211,98	48,40
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	BELA VISTA DE MINAS	8	15,80	5,15	10,65	126,40	41,20
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	BELA VISTA DE MINAS	4	190,00	25,00	165,00	760,00	100,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	BELA VISTA DE MINAS	9	130,00	11,34	118,66	1.170,00	102,06
Exame Eletroneuromiografia De M I D	BELA VISTA DE MINAS	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	BELA VISTA DE MINAS	4	168,00	27,00	141,00	672,00	108,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	BELA VISTA DE MINAS	3	168,00	27,00	141,00	504,00	81,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	BELA VISTA DE MINAS	3	168,00	27,00	141,00	504,00	81,00
Exame Endoscopia Digestiva Alta	BELA VISTA DE MINAS	129	187,00	48,16	138,84	27.052,00	6.212,64
Exame Endoscopia Infantil C/ Sedação	BELA VISTA DE MINAS	1	600,00	48,16	551,84	600,00	48,16
Exame Estudo Urodinâmico	BELA VISTA DE MINAS	6	250,00	7,62	242,38	1.500,00	45,72
Exame Exame Imunohistoquímico	BELA VISTA DE MINAS	3	600,00	131,52	468,48	3.400,00	394,56
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	BELA VISTA DE MINAS	33	90,00	45,50	44,50	2.970,00	1.501,50
Exame Holter 24 Horas	BELA VISTA DE MINAS	5	100,00	30,00	70,00	518,00	150,00
Exame Impedanciometria	BELA VISTA DE MINAS	41	23,00	23,00	0,00	943,00	943,00
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	1	228,72	45,00	183,72	228,72	45,00
Exame Mamografia Bilateral	BELA VISTA DE MINAS	50	90,00	45,00	45,00	4.500,00	2.250,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	BELA VISTA DE MINAS	34	51,00	45,00	6,00	1.734,00	1.530,00
Exame Mamografia Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	2	90,00	22,50	67,50	90,00	45,00
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	BELA VISTA DE MINAS	279	24,24	24,24	0,00	6.762,96	6.762,96
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	1	216,00	24,24	191,76	216,00	24,24
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	1	63,25	3,37	59,88	63,25	3,37
Exame Polissonografia	BELA VISTA DE MINAS	6	450,00	125,00	325,00	2.950,00	750,00
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	13	120,00	6,36	113,64	1.560,00	82,68
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	BELA VISTA DE MINAS	6	190,00	23,73	166,27	1.140,00	142,38
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	BELA VISTA DE MINAS	2	190,00	66,48	123,52	380,00	132,96
Exame Raio X Panorâmico Coluna	BELA VISTA DE MINAS	4	125,00	0,00	125,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coxa Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
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	4	1.000,00	268,75	731,25	4.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	BELA VISTA DE MINAS	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	BELA VISTA DE MINAS	12	500,00	268,75	231,25	6.000,00	3.225,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	BELA VISTA DE MINAS	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	BELA VISTA DE MINAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Sela Túcica (Hipófise)	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	3	150,00	13,63	136,37	473,00	40,89
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	BELA VISTA DE MINAS	2	172,00	29,84	142,16	344,00	59,68
Exame Rx Abdomem Simples: Ap	BELA VISTA DE MINAS	2	23,60	7,17	16,43	47,20	14,34
Exame Rx Antebraço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	7	21,24	6,42	14,82	148,68	44,94
Exame Rx Articulação Coxo-femural(unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	19	25,96	7,77	18,19	493,24	147,63
Exame Rx Articulação Tíbio Társica (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	20,06	6,50	13,56	40,12	13,00
Exame Rx Bacia	BELA VISTA DE MINAS	23	22,42	7,77	14,65	515,66	178,71
Exame Rx Braço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	24,78	7,77	17,01	24,78	7,77
Exame Rx Calcâneo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	15	20,06	6,50	13,56	300,90	97,50
Exame Rx Clavícula	BELA VISTA DE MINAS	5	24,78	7,40	17,38	123,90	37,00
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To Ou Flexão	BELA VISTA DE MINAS	28	23,60	8,19	15,41	660,80	229,32
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To+ Obliquo	BELA VISTA DE MINAS	1	41,30	8,33	32,97	41,30	8,33
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	112	29,50	10,96	18,54	3.304,00	1.227,52
Exame Rx Coluna Torácica	BELA VISTA DE MINAS	12	23,00	9,16	13,84	276,00	109,92
Exame Rx Cotovelo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	9	20,06	5,90	14,16	180,54	53,10
Exame Rx Coxa (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	27,14	8,94	18,20	81,42	26,82
Exame Rx Crânio : Pa+lat+bretton	BELA VISTA DE MINAS	6	24,78	9,15	15,63	148,68	54,90
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	BELA VISTA DE MINAS	1	87,32	35,22	52,10	87,32	35,22
Exame Rx Joelho Ap + Lat (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	101	21,24	6,78	14,46	2.145,24	684,78
Exame Rx Joelho Ou Rótula: Ap + Lat + Axial Patelar (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	5	33,04	7,16	25,88	165,20	35,80
Exame Rx Mão E Punhos Para Idade óssea (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	29,50	6,00	23,50	88,50	18,00
Exame Rx Mão Ou Quirodáctilos (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	29	20,06	6,30	13,76	581,74	182,70
Exame Rx Omoplata Ou Ombro Funcional (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	28	22,42	7,98	14,44	627,76	223,44
Exame Rx Pe Ou Pododactilos (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	43	21,24	6,78	14,46	913,32	291,54
Exame Rx Pelve / Púbis	BELA VISTA DE MINAS	1	22,42	0,00	22,42	22,42	0,00
Exame Rx Perna (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	7	22,42	8,94	13,48	156,94	62,58
Exame Rx Punho Ap +perfil	BELA VISTA DE MINAS	23	22,42	0,00	22,42	515,66	0,00
Exame Rx Punho Ap+lateral+obliqua (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	22,42	6,91	15,51	67,26	20,73
Exame Rx Quadril	BELA VISTA DE MINAS	4	22,42	7,77	14,65	89,68	31,08
Exame Rx Quadril (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	6	25,96	7,77	18,19	155,76	46,62

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Rx Seios Da Face: Fn+lat	BELA VISTA DE MINAS	12	21,27	0,00	21,27	255,24	0,00
Exame Rx Tórax :p A	BELA VISTA DE MINAS	26	17,70	6,88	10,82	460,20	178,88
Exame Rx Tórax :pa + Lateral	BELA VISTA DE MINAS	151	22,42	9,50	12,92	3.385,42	1.434,50
Exame Rx Tornozelo Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	38	20,06	0,00	20,06	762,28	0,00
Exame Rx Trânsito E Morfologia Do Delgado	BELA VISTA DE MINAS	1	206,20	47,59	158,61	206,20	47,59
Exame Sedação	BELA VISTA DE MINAS	1	344,00	15,15	328,85	344,00	15,15
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	307,94	138,63	169,31	615,88	277,26
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	11	420,00	138,63	281,37	4.620,00	1.524,93
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. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	130,14	86,76	43,38	260,28	173,52
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	24	130,00	97,44	32,56	3.120,00	2.338,56
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia) Arterial De Crânio, Venoso De Crânio, Arterial De Pescoço, Venoso De Pescoço, Arterial De Tórax, Venoso De Tórax, Arterial De Abdome Superior, Venoso De Abdome Superior, Arterial De Pelve, Venoso De Pelve, Arterial Pulmonar E Venoso Pulmonal Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	16	600,00	0,00	600,00	9.600,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	130,00	86,75	43,25	260,00	173,50
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	4	304,61	136,41	168,20	1.218,44	545,64
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	21	204,61	136,41	68,20	4.296,81	2.864,61
Exame Teste Ergométrico	BELA VISTA DE MINAS	8	110,00	30,00	80,00	790,00	240,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	BELA VISTA DE MINAS	279	3,37	3,37	0,00	940,23	940,23
Exame Uretrocistografia	BELA VISTA DE MINAS	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)	BELA VISTA DE MINAS	1	70,49	24,20	46,29	70,49	24,20
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	BELA VISTA DE MINAS	2	70,49	24,20	46,29	140,98	48,40
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	BELA VISTA DE MINAS	208	108,12	37,95	70,17	22.488,96	7.893,60
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	BELA VISTA DE MINAS	2	195,89	37,95	157,94	391,78	75,90
Exame Us. Antebraço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	64,13	24,20	39,93	64,13	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	63	84,80	0,00	84,80	5.342,40	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	BELA VISTA DE MINAS	4	64,13	24,20	39,93	256,52	96,80
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	BELA VISTA DE MINAS	4	176,30	24,20	152,10	705,20	96,80
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	BELA VISTA DE MINAS	173	64,13	24,20	39,93	11.094,49	4.186,60

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Mamárias (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	64	84,80	24,20	60,60	5.427,20	1.548,80
Exame Us. Mamas Com Doppler (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	156,71	24,20	132,51	156,71	24,20
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	35	180,00	24,20	155,80	6.300,00	847,00
Exame Us. Obstétrica Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	12	58,30	24,20	34,10	699,60	290,40
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	26	111,94	39,60	72,34	2.910,44	1.029,60
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	BELA VISTA DE MINAS	7	58,30	24,20	34,10	408,10	169,40
Exame Us. Ombro Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	11	58,30	24,20	34,10	641,30	266,20
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	17	64,13	24,20	39,93	1.090,21	411,40
Exame Us. Partes Moles	BELA VISTA DE MINAS	7	58,30	0,00	58,30	408,10	0,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	BELA VISTA DE MINAS	20	64,13	24,20	39,93	1.282,60	484,00
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	BELA VISTA DE MINAS	22	58,30	24,20	34,10	1.282,60	532,40
Exame Us. Punho (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	58,30	24,20	34,10	58,30	24,20
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	10	58,30	0,00	58,30	583,00	0,00
Exame Us. Região Inguinal (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	29,15	0,00	29,15	87,45	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	BELA VISTA DE MINAS	70	70,49	24,20	46,29	4.934,30	1.694,00
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	BELA VISTA DE MINAS	18	58,30	24,20	34,10	1.049,40	435,60
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	BELA VISTA DE MINAS	14	156,71	24,20	132,51	2.193,94	338,80
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	58,30	24,20	34,10	116,60	48,40
Exame Us. Translucência Nucal Com Doppler Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	1	111,30	0,00	111,30	111,30	0,00
Exame Us. Vias Biliares	BELA VISTA DE MINAS	1	70,49	24,20	46,29	70,49	24,20
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	1	64,13	24,20	39,93	64,13	24,20
Exame Us.transretal	BELA VISTA DE MINAS	2	65,00	24,20	40,80	130,00	48,40
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	BELA VISTA DE MINAS	22	116,60	24,20	92,40	2.565,20	532,40
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	BELA VISTA DE MINAS	4	90,00	45,50	44,50	360,00	182,00
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	BELA VISTA DE MINAS	2	250,00	0,00	250,00	500,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	BELA VISTA DE MINAS	2	2.128,00	82,28	2.045,72	4.256,00	164,56
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	BELA VISTA DE MINAS	34	21,00	0,00	21,00	714,00	0,00
Neurologia Hospitalar BVM - Atendimento Na área De Neurologia Para Atendimento A Nível Hospitalar Incluindo A Avaliação Dos Pacientes Internados Pelo SUS.	BELA VISTA DE MINAS	3	1.599,40	0,00	1.599,40	4.798,20	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	BELA VISTA DE MINAS	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	BELA VISTA DE MINAS	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

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 04 Horas Diarias.	BELA VISTA DE MINAS	204	97,00	0,00	97,00	20.716,20	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 Randolpho De Avila)(FISIOTERAPIA)	BELA VISTA DE MINAS	195	115,00	0,00	115,00	22.871,43	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	275	115,00	0,00	115,00	32.589,03	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	275	115,00	0,00	115,00	32.589,03	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	275	152,40	0,00	152,40	43.188,42	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	436	152,40	0,00	152,40	68.025,12	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	275	153,00	0,00	153,00	43.555,92	0,00
Sessão Atendimento Em Psicologia Para Psicotécnico De Processo Seletivo Para Motorista Do Município Bela Vista De Minas (27 Pacientes)	BELA VISTA DE MINAS	27	85,00	0,00	85,00	2.295,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	BELA VISTA DE MINAS	1.273	32,00	10,90	21,10	39.846,00	13.875,70

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 01 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	3	1.291,20	0,00	1.291,20	3.873,60	0,00
Transporte 01 OBSTETRICA - 2023/2024 - UTI Obstetrica (Gestante) - Remoção Das Cidades Da Micro De Saude De JM E Itabira, Para BH , Municípios Da Região Metropolitana, Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	2	5.050,00	0,00	5.050,00	10.100,00	0,00
Transporte 01 PEDIATRICA/NEONATAL - 2023/2024 - Pediátrica/Neonatal (Idade 0 Dias á 17 Anos) - Remoção Das Cidades Da Micro De Saúde De Jm E Itabira, Para BH, Municípios Da Região Metropolitana,Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	1	5.008,80	0,00	5.008,80	5.008,80	0,00
Transporte 01 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera E Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	3	3.808,00	0,00	3.808,00	11.424,00	0,00
Transporte 02 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância-microrregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Espera, C/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	7	1.420,80	0,00	1.420,80	9.945,60	0,00
Transporte 02 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames, Consultas , Procedimentos E Tratamentos Com Espera, C/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	1	4.008,00	0,00	4.008,00	4.008,00	0,00
Transporte 04 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância-Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	1	759,60	0,00	759,60	759,60	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.	BELA VISTA DE MINAS	3	935,00	0,00	935,00	2.805,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

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.	BELA VISTA DE MINAS	2	2.760,00	0,00	2.760,00	5.520,00	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	1	2.904,00	0,00	2.904,00	2.904,00	0,00
Transporte 2023 - Pediátrica - Remoção Entre As Cidades Da Micro De Saúde De Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas, Tudo Com Ou Sem Espera, E/ou Tudo Com Ou Sem Retorno Para A Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	1	2.507,00	0,00	2.507,00	2.507,00	0,00
Transporte 2023 - UTI PEDIATRICA (SEM CONTRATO)	BELA VISTA DE MINAS	1	4.174,00	0,00	4.174,00	4.174,00	0,00
Transporte 2023 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	5	1.076,00	0,00	1.076,00	5.380,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância Interna Dentro Da Micro De JM E Itabira, Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Do Paciente.	BELA VISTA DE MINAS	1	1.139,00	0,00	1.139,00	1.139,00	0,00
Transporte 2023 Neo Natal - Remoção Entre As Cidades De Abrangência Da Micro De JM E Itabira, Para BH,municípios Da Região Metropolitana, Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem. Tudo Com Ou Sem Espera, E/ou, Tudo Com Ou Sem Retorno Para A Cidade De Origem.	BELA VISTA DE MINAS	1	4.174,00	0,00	4.174,00	4.174,00	0,00
Transporte 2023 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	5	3.174,00	0,00	3.174,00	15.870,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames C/s Espera, C/s Retorno	BELA VISTA DE MINAS	2	3.340,00	0,00	3.340,00	6.680,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem	BELA VISTA DE MINAS	2	2.192,00	0,00	2.192,00	4.384,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2023 Uti Móvel-remoção Interna Em Bh, Municípios Da Região Metropolitana , Vale Do Aço E Ponte Nova Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção., C/ Ou S/ Espera , C/ Ou S/ Retorno.	BELA VISTA DE MINAS	1	974,00	0,00	974,00	974,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	CATAS ALTAS	51	180,00	22,27	157,73	10.341,00	1.135,77
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	CATAS ALTAS	1	180,00	22,27	157,73	180,00	22,27
Anestesia Sedação Ressonancia (conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) (ICISMEP)	CATAS ALTAS	3	191,57	0,00	191,57	574,71	0,00
Cirurgia Adenoidectomy	CATAS ALTAS	3	696,36	348,18	348,18	2.089,08	1.044,54
Cirurgia Amigdalectomia	CATAS ALTAS	1	613,14	306,57	306,57	613,14	306,57
Cirurgia Amigdalectomia C/ Adenoidectomy	CATAS ALTAS	6	674,44	337,22	337,22	4.046,64	2.023,32
Cirurgia Analgesia Articular	CATAS ALTAS	27	160,00	0,00	160,00	4.320,00	0,00
Cirurgia Blefaroplastia Ambos Os Olhos	CATAS ALTAS	7	2.900,00	203,74	2.696,26	20.300,00	1.426,18
Cirurgia Capsulotomy (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomy Posterior (01 Olho)	CATAS ALTAS	8	231,87	112,77	119,10	1.854,96	902,16
Cirurgia Ciclocriocouagulação / Diatermia (Endodiatermia) Icismep	CATAS ALTAS	1	587,51	0,00	587,51	587,51	0,00
Cirurgia Cirurgia De Pterígio (01 Olho)	CATAS ALTAS	1	510,00	209,55	300,45	510,00	209,55
Cirurgia Cisto Sinovial	CATAS ALTAS	1	400,00	0,00	400,00	400,00	0,00
Cirurgia Excisão De Lesão E/ou Sutura De Ferimento Da Pele Anexos E Mucosa	CATAS ALTAS	10	160,00	23,16	136,84	1.600,00	231,60
Cirurgia Exerese De Cisto Dermoide	CATAS ALTAS	2	160,00	0,00	160,00	320,00	0,00
Cirurgia Exerese De Tumor De Pele E Anexos / Cisto Sebaceo / Lipoma	CATAS ALTAS	50	160,00	12,46	147,54	8.000,00	623,00
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	CATAS ALTAS	48	828,60	771,60	57,00	39.772,80	37.036,80
Cirurgia FacoEmulsificação C/Implante De Lente Intra-Ocular Rígida (ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	863,96	0,00	863,96	863,96	0,00
Cirurgia Membranectomy (Icismep)	CATAS ALTAS	1	339,30	0,00	339,30	339,30	0,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	CATAS ALTAS	1	64,00	25,00	39,00	64,00	25,00
Cirurgia Septoplastia Para Correção De Desvio	CATAS ALTAS	1	494,92	247,46	247,46	494,92	247,46
Cirurgia Síndrome Túnel Do Carpo	CATAS ALTAS	3	650,00	0,00	650,00	1.950,00	0,00
Cirurgia Sinusotomy Bilateral	CATAS ALTAS	1	698,48	349,24	349,24	698,48	349,24
Cirurgia Troca Fluido Gasosa (Icismep)	CATAS ALTAS	1	204,10	0,00	204,10	204,10	0,00
Cirurgia Vasectomy (Catas Altas)	CATAS ALTAS	12	450,00	438,87	11,13	5.400,00	5.266,44

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Cirurgia Vitrectomia Posterior Com Infusão De Perfluocarbono E Endolaser (ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	2.921,17	0,00	2.921,17	2.921,17	0,00
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 -Controle De Vitrectomia - (consulta, Mapeamento De Retina, Administração De Medicamentos, Eco-B Se Necessário, Oct Se Necessario) -ICISMEP	CATAS ALTAS	1	48,08	0,00	48,08	48,08	0,00
Consulta Avaliação Pré Cirúrgica Faco Emulsificação De Lente Intraocular	CATAS ALTAS	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	226	62,00	10,00	52,00	15.052,00	2.260,00
Consulta Cardiologia No Municipio De Catas Altas	CATAS ALTAS	176	80,00	10,00	70,00	14.080,00	1.760,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicilio Do Prestador	CATAS ALTAS	25	70,00	10,00	60,00	1.750,00	250,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	CATAS ALTAS	52	62,00	10,00	52,00	3.632,00	520,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	CATAS ALTAS	36	57,00	10,00	47,00	2.088,00	360,00
Consulta Consulta Com Especialista Em Retina	CATAS ALTAS	1	62,00	10,00	52,00	62,00	10,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	CATAS ALTAS	5	57,00	10,00	47,00	294,00	50,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	CATAS ALTAS	20	57,00	10,00	47,00	1.179,00	200,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	CATAS ALTAS	2	380,00	0,00	380,00	760,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicilio Do Contratado	CATAS ALTAS	425	62,00	10,00	52,00	28.302,00	4.250,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	59	62,00	10,00	52,00	3.874,00	590,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	188	62,00	10,00	52,00	11.816,00	1.880,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado (Catas Altas)	CATAS ALTAS	128	70,00	10,00	60,00	8.960,00	1.280,00
Consulta Consulta Médica Em Atenção Especializada (Gastroenterologia) Icismep	CATAS ALTAS	3	46,00	0,00	46,00	138,00	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	CATAS ALTAS	9	57,00	10,00	47,00	534,00	90,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	CATAS ALTAS	17	62,00	10,00	52,00	1.158,00	170,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	CATAS ALTAS	2	65,50	10,00	55,50	131,00	20,00
Consulta Dermatologia	CATAS ALTAS	243	57,00	10,00	47,00	14.205,00	2.430,00
Consulta Endocrinologia	CATAS ALTAS	99	57,00	10,00	47,00	5.826,00	990,00
Consulta Nefrologia	CATAS ALTAS	4	57,00	10,00	47,00	228,00	40,00
Consulta Oftalmologia	CATAS ALTAS	3	34,39	10,00	24,39	109,17	30,00
Consulta Oftalmologia (Catatas Altas)	CATAS ALTAS	798	34,39	10,00	24,39	28.586,22	7.980,00
Consulta Ortopedia	CATAS ALTAS	5	60,00	10,00	50,00	300,00	50,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	544	62,00	10,00	52,00	35.656,00	5.440,00
Consulta Otorrinolaringologia	CATAS ALTAS	198	57,00	10,00	47,00	11.547,00	1.980,00
Consulta Proctologia	CATAS ALTAS	12	57,00	10,00	47,00	696,00	120,00
Coordenação/Supervisão Catas Altas - Contratação De Empresa Para Prestação De Serviços De Coordenação E Supervisão Na área De Neurologia Para Atendimentos Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi	CATAS ALTAS	12	338,76	0,00	338,76	4.065,12	0,00
Exame 17 Alfa Hidroxiprogesterona #	CATAS ALTAS	4	16,00	10,20	5,80	64,00	40,80
Exame 25 Hidroxivitamina D #	CATAS ALTAS	958	25,00	15,24	9,76	23.950,00	14.599,92
Exame ácido Cítrico #	CATAS ALTAS	1	10,00	2,01	7,99	10,00	2,01
Exame ácido Fólico #	CATAS ALTAS	555	20,00	15,65	4,35	11.100,00	8.685,75
Exame ácido úrico #	CATAS ALTAS	335	5,00	1,85	3,15	1.675,00	619,75
Exame Albumina - Sangue #	CATAS ALTAS	28	5,00	0,00	5,00	140,00	0,00
Exame Aldolase #	CATAS ALTAS	2	7,00	3,68	3,32	14,00	7,36
Exame Aldosterona #	CATAS ALTAS	1	20,00	11,89	8,11	20,00	11,89
Exame Alfa Fetoproteína #	CATAS ALTAS	5	18,00	15,06	2,94	90,00	75,30
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	CATAS ALTAS	541	32,00	40,78	0,00	19.627,00	22.061,98
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	CATAS ALTAS	5	43,21	61,77	0,00	239,21	308,85
Exame Androstenediona #	CATAS ALTAS	1	18,50	11,53	6,97	18,50	11,53
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	CATAS ALTAS	9	194,12	64,00	130,12	1.747,08	576,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	CATAS ALTAS	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Anti Hbc Igg #	CATAS ALTAS	10	15,00	18,55	0,00	150,00	185,50
Exame Anti Hbc Igm #	CATAS ALTAS	10	15,00	18,55	0,00	150,00	185,50
Exame Anti Hbc Total #	CATAS ALTAS	7	15,00	18,55	0,00	105,00	129,85
Exame Anti Hbe #	CATAS ALTAS	4	14,00	18,55	0,00	56,00	74,20
Exame Anti Hbs #	CATAS ALTAS	41	14,00	18,55	0,00	574,00	760,55
Exame Anti Hcv #	CATAS ALTAS	86	15,00	18,55	0,00	1.290,00	1.595,30
Exame Anti Microssomal - Anti Tpo #	CATAS ALTAS	53	14,00	17,16	0,00	742,00	909,48
Exame Anti-gad #	CATAS ALTAS	2	70,00	0,00	70,00	140,00	0,00
Exame Anticoagulante Lúpico #	CATAS ALTAS	7	22,00	0,00	22,00	154,00	0,00
Exame Anticorpos Anti - Dna Nativo #	CATAS ALTAS	10	12,00	8,67	3,33	120,00	86,70
Exame Anticorpos Anti Rnp #	CATAS ALTAS	3	20,00	0,00	20,00	60,00	0,00
Exame Anticorpos Anti Sm #	CATAS ALTAS	3	10,00	17,16	0,00	30,00	51,48
Exame Anticorpos Anti Ssa/ro #	CATAS ALTAS	4	20,00	18,55	1,45	80,00	74,20
Exame Anticorpos Anti Tireoglobulina #	CATAS ALTAS	6	15,00	17,16	0,00	90,00	102,96
Exame Anticorpos Anti-insulina #	CATAS ALTAS	1	30,00	17,16	12,84	30,00	17,16

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Anticorpos Anti-ss-b La #	CATAS ALTAS	3	20,00	18,55	1,45	60,00	55,65
Exame Anticorpos Dengue Igg #	CATAS ALTAS	21	29,00	30,00	0,00	609,00	630,00
Exame Anticorpos Dengue Igm #	CATAS ALTAS	37	29,00	20,00	9,00	1.073,00	740,00
Exame Anticorpos Inibidores Do Tsh -trab #	CATAS ALTAS	4	15,00	0,00	15,00	60,00	0,00
Exame Arteriografia Renal	CATAS ALTAS	1	1.800,00	0,00	1.800,00	1.800,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	CATAS ALTAS	57	21,00	21,00	0,00	1.197,00	1.197,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea /óssea) - Catas Altas	CATAS ALTAS	15	27,00	21,00	6,00	405,00	315,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	CATAS ALTAS	52	26,25	26,25	0,00	1.365,00	1.365,00
Exame Audiometria Vocal Logaudiometria (LDV - IRF -LRF) - Catas Altas	CATAS ALTAS	15	23,00	26,25	0,00	345,00	393,75
Exame B-hcg Quantitativo #	CATAS ALTAS	7	12,00	7,85	4,15	84,00	54,95
Exame Baar (2 Amostras) #	CATAS ALTAS	4	7,00	4,20	2,80	28,00	16,80
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	12	7,00	4,20	2,80	84,00	50,40
Exame Bacterioscopia (gram) #	CATAS ALTAS	71	6,50	2,80	3,70	461,50	198,80
Exame Beta 2 Microgubulinas #	CATAS ALTAS	1	25,00	13,55	11,45	25,00	13,55
Exame Bhcg Qualitativo #	CATAS ALTAS	6	10,00	7,85	2,15	60,00	47,10
Exame Bilirrubina #	CATAS ALTAS	80	7,00	2,01	4,99	560,00	160,80
Exame Biópsia Aspirativa	CATAS ALTAS	22	25,32	0,00	25,32	593,84	0,00
Exame Biópsia Transretal	CATAS ALTAS	1	288,00	202,81	85,19	288,00	202,81
Exame C A 19.9 #	CATAS ALTAS	1	15,00	0,00	15,00	15,00	0,00
Exame C E A #	CATAS ALTAS	18	15,00	13,35	1,65	270,00	240,30
Exame C P K #	CATAS ALTAS	10	9,50	3,68	5,82	95,00	36,80
Exame C P K - M B #	CATAS ALTAS	3	19,00	0,00	19,00	57,00	0,00
Exame Ca 125 #	CATAS ALTAS	8	15,00	0,00	15,00	120,00	0,00
Exame Cálcio #	CATAS ALTAS	295	5,00	1,85	3,15	1.475,00	545,75
Exame Cálcio Iônico #	CATAS ALTAS	19	7,50	3,51	3,99	142,50	66,69
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	CATAS ALTAS	76	104,50	40,00	64,50	7.942,00	3.040,00
Exame Capacidade De Fixação De Ferro (ctlf) #	CATAS ALTAS	20	13,00	2,01	10,99	260,00	40,20
Exame Cardiolipina I G G (Anti) #	CATAS ALTAS	6	26,00	10,00	16,00	156,00	60,00
Exame Cardiolipina I G M (Anti) #	CATAS ALTAS	6	26,00	10,00	16,00	156,00	60,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	CATAS ALTAS	2	1.200,00	0,00	1.200,00	2.800,00	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 Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	CATAS ALTAS	1	225,00	133,03	91,97	225,00	133,03
Exame Cistinúria #	CATAS ALTAS	1	110,00	2,04	107,96	110,00	2,04

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	CATAS ALTAS	162	12,66	13,72	0,00	2.087,30	2.222,64
Exame Citomegalovírus Igg #	CATAS ALTAS	18	15,00	11,00	4,00	270,00	198,00
Exame Citomegalovírus Igm #	CATAS ALTAS	19	15,00	11,61	3,39	285,00	220,59
Exame Citrato Urinário #	CATAS ALTAS	2	10,00	2,01	7,99	20,00	4,02
Exame Clearence De Creatinina #	CATAS ALTAS	1	11,00	3,51	7,49	11,00	3,51
Exame Cloreto #	CATAS ALTAS	100	5,00	1,85	3,15	500,00	185,00
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Colesterol Hdl #	CATAS ALTAS	912	6,00	3,51	2,49	5.472,00	3.201,12
Exame Colesterol Ldl #	CATAS ALTAS	580	3,00	3,51	0,00	1.740,00	2.035,80
Exame Colesterol Total #	CATAS ALTAS	575	5,00	1,85	3,15	2.875,00	1.063,75
Exame Colesterol Vldl #	CATAS ALTAS	387	2,70	0,00	2,70	1.044,90	0,00
Exame Colonoscopia	CATAS ALTAS	51	550,00	112,66	437,34	31.619,00	5.745,66
Exame Combs Indireto #	CATAS ALTAS	17	12,50	2,73	9,77	212,50	46,41
Exame Complemento 3 (C 3) #	CATAS ALTAS	14	13,60	17,16	0,00	190,40	240,24
Exame Complemento 4 (C 4) #	CATAS ALTAS	14	13,60	17,16	0,00	190,40	240,24
Exame Complemento Ch 50 #	CATAS ALTAS	3	30,00	9,25	20,75	90,00	27,75
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	CATAS ALTAS	24	100,00	0,00	100,00	2.400,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	CATAS ALTAS	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Exame Core Biopsy	CATAS ALTAS	1	300,00	140,00	160,00	300,00	140,00
Exame Cortisol #	CATAS ALTAS	9	14,80	9,86	4,94	133,20	88,74
Exame Creatinina #	CATAS ALTAS	614	4,80	1,85	2,95	2.947,20	1.135,90
Exame Cultura Anaeróbios #	CATAS ALTAS	1	20,00	0,00	20,00	20,00	0,00
Exame Cultura De Fungos	CATAS ALTAS	1	25,00	4,19	20,81	25,00	4,19
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	CATAS ALTAS	78	104,00	10,11	93,89	8.112,00	788,58
Exame D H E A #	CATAS ALTAS	5	14,00	11,25	2,75	70,00	56,25
Exame Dehidrotestosterona #	CATAS ALTAS	8	14,00	11,71	2,29	112,00	93,68
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	CATAS ALTAS	27	120,00	55,10	64,90	3.240,00	1.487,70
Exame Desidrogenase Láctica - Ldh #	CATAS ALTAS	29	7,00	3,68	3,32	203,00	106,72
Exame Dimero D #	CATAS ALTAS	1	63,00	0,00	63,00	63,00	0,00
Exame Dopplerfluxometria	CATAS ALTAS	1	58,30	0,00	58,30	58,30	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	CATAS ALTAS	19	155,00	39,60	115,40	2.945,00	752,40
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	CATAS ALTAS	17	155,00	39,60	115,40	2.635,00	673,20
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan De Arteriais Viscerais (Mesentéricas Superior E Inferior E Tronco Celiaco))	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	CATAS ALTAS	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	CATAS ALTAS	10	175,00	39,60	135,40	1.750,00	396,00
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	CATAS ALTAS	67	155,00	39,60	115,40	10.385,00	2.653,20
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	CATAS ALTAS	68	155,00	39,60	115,40	10.540,00	2.692,80
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	CATAS ALTAS	103	158,00	67,86	90,14	22.304,00	6.989,58
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico (CATAS ALTAS)	CATAS ALTAS	1	225,00	67,86	157,14	225,00	67,86
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	CATAS ALTAS	8	293,66	67,86	225,80	2.349,28	542,88
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	CATAS ALTAS	3	105,99	24,20	81,79	317,97	72,60
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	CATAS ALTAS	3	15,80	5,15	10,65	47,40	15,45
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	CATAS ALTAS	8	190,00	25,00	165,00	1.520,00	200,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	CATAS ALTAS	5	130,00	11,34	118,66	650,00	56,70
Exame Eletroforese De Hemoglobina #	CATAS ALTAS	21	18,00	5,41	12,59	378,00	113,61
Exame Eletroforese De Proteínas (soro) #	CATAS ALTAS	14	10,00	4,42	5,58	140,00	61,88
Exame Eletroneuromiografia De M I D	CATAS ALTAS	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	20	168,00	27,00	141,00	3.360,00	540,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	CATAS ALTAS	20	168,00	27,00	141,00	3.360,00	540,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	CATAS ALTAS	21	19,00	13,51	5,49	399,00	283,71
Exame Endoscopia Digestiva Alta	CATAS ALTAS	57	187,00	48,16	138,84	11.906,00	2.745,12
Exame Epstein Baar Igg#	CATAS ALTAS	1	20,00	17,16	2,84	20,00	17,16
Exame Epstein Baar Igm #	CATAS ALTAS	1	20,00	17,16	2,84	20,00	17,16
Exame Espermograma #	CATAS ALTAS	3	20,00	9,70	10,30	60,00	29,10
Exame Esquistossomose Anticorpos Igg -ifi #	CATAS ALTAS	2	14,00	0,00	14,00	28,00	0,00
Exame Estradiol #	CATAS ALTAS	13	12,00	10,15	1,85	156,00	131,95
Exame Estrógeno (E 2) #	CATAS ALTAS	1	12,00	0,00	12,00	12,00	0,00
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	CATAS ALTAS	1	242,00	165,24	76,76	242,00	165,24
Exame Estudo Urodinâmico	CATAS ALTAS	1	250,00	7,62	242,38	250,00	7,62
Exame Exame Direto - Fungos (micológico) #	CATAS ALTAS	18	7,50	0,00	7,50	135,00	0,00
Exame F T A Abs Igm #	CATAS ALTAS	7	14,00	10,00	4,00	98,00	70,00
Exame Fator Anti Nuclear (Fan) #	CATAS ALTAS	33	11,80	17,16	0,00	389,40	566,28
Exame Fator Reumatóide#	CATAS ALTAS	3	5,50	2,83	2,67	16,50	8,49
Exame Fator Rh + Du #	CATAS ALTAS	1	5,90	1,37	4,53	5,90	1,37

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ferritina #	CATAS ALTAS	850	14,50	15,59	0,00	12.325,00	13.251,50
Exame Ferro Sérico #	CATAS ALTAS	57	4,50	3,51	0,99	256,50	200,07
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	CATAS ALTAS	23	90,00	45,50	44,50	2.070,00	1.046,50
Exame Fosfatase Alcalina #	CATAS ALTAS	4	5,00	2,01	2,99	20,00	8,04
Exame Fósforo #	CATAS ALTAS	1	5,00	1,85	3,15	5,00	1,85
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	CATAS ALTAS	17	257,50	107,61	149,89	4.377,50	1.829,37
Exame Frutosamina / Proteína Glicosilada #	CATAS ALTAS	4	9,00	0,00	9,00	36,00	0,00
Exame Fsh#	CATAS ALTAS	61	12,00	7,89	4,11	732,00	481,29
Exame Fta-abs Igg #	CATAS ALTAS	7	14,00	10,00	4,00	98,00	70,00
Exame Gama Gt #	CATAS ALTAS	159	5,00	3,51	1,49	795,00	558,09
Exame Glicose Em Jejum #	CATAS ALTAS	49	5,00	1,85	3,15	245,00	90,65
Exame Glicose Pós Prandial #	CATAS ALTAS	1	5,00	1,85	3,15	5,00	1,85
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	73	31,00	6,74	24,26	2.263,00	492,02
Exame Grupo Sanguíneo Abo #	CATAS ALTAS	1	6,00	1,37	4,63	6,00	1,37
Exame Haptoglobina #	CATAS ALTAS	1	12,00	0,00	12,00	12,00	0,00
Exame Hav Igg #	CATAS ALTAS	3	22,00	18,55	3,45	66,00	55,65
Exame Hav Igm #	CATAS ALTAS	1	22,00	18,55	3,45	22,00	18,55
Exame Hbsag #	CATAS ALTAS	2	14,00	18,55	0,00	28,00	37,10
Exame Hemoglobina Glicosilada #	CATAS ALTAS	1.362	12,00	7,86	4,14	16.344,00	10.705,32
Exame Hemograma #	CATAS ALTAS	572	8,50	4,11	4,39	4.862,00	2.350,92
Exame Hemossedimentação #	CATAS ALTAS	2	5,00	2,73	2,27	10,00	5,46
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	40	18,00	10,00	8,00	720,00	400,00
Exame Holter 24 Horas	CATAS ALTAS	39	100,00	30,00	70,00	4.110,00	1.170,00
Exame Htlv 1 E 2 #	CATAS ALTAS	11	25,00	18,55	6,45	275,00	204,05
Exame Ifi Chagas Igg#	CATAS ALTAS	7	10,00	10,00	0,00	70,00	70,00
Exame Ifi Chagas Igm #	CATAS ALTAS	7	15,00	10,00	5,00	105,00	70,00
Exame Ige Específico #	CATAS ALTAS	2	14,00	0,00	14,00	28,00	0,00
Exame Ige Total #	CATAS ALTAS	9	12,00	9,25	2,75	108,00	83,25
Exame Impedanciometria	CATAS ALTAS	51	23,00	23,00	0,00	1.173,00	1.173,00
Exame Imunoglobulina (Iga) #	CATAS ALTAS	6	14,00	17,16	0,00	84,00	102,96
Exame Imunoglobulina Igg #	CATAS ALTAS	5	10,00	0,00	10,00	50,00	0,00
Exame Imunoglobulina Igm #	CATAS ALTAS	5	12,00	17,16	0,00	60,00	85,80
Exame índice De Saturação Transferrina #	CATAS ALTAS	26	7,00	0,00	7,00	182,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Insulina #	CATAS ALTAS	78	13,00	10,17	2,83	1.014,00	793,26
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	CATAS ALTAS	2	228,72	45,00	183,72	457,44	90,00
Exame Leishmaniose Imunofluorescência Igg #	CATAS ALTAS	1	11,00	9,25	1,75	11,00	9,25
Exame Leishmaniose Imunofluorescência Igm #	CATAS ALTAS	1	14,00	10,00	4,00	14,00	10,00
Exame Lh #	CATAS ALTAS	46	12,00	8,97	3,03	552,00	412,62
Exame Lípase #	CATAS ALTAS	11	6,00	2,25	3,75	66,00	24,75
Exame Lítio #	CATAS ALTAS	11	8,00	2,25	5,75	88,00	24,75
Exame Magnésio #	CATAS ALTAS	17	5,00	2,01	2,99	85,00	34,17
Exame Mamografia Bilateral	CATAS ALTAS	116	90,00	45,00	45,00	10.440,00	5.220,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	CATAS ALTAS	10	51,00	45,00	6,00	510,00	450,00
Exame Mamografia Unilateral	CATAS ALTAS	6	90,00	22,50	67,50	270,00	135,00
Exame Mamografia Unilateral - CISMEPI - SES	CATAS ALTAS	2	51,00	22,50	28,50	51,00	45,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	CATAS ALTAS	10	112,00	10,07	101,93	1.174,00	100,70
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	CATAS ALTAS	5	24,24	24,24	0,00	121,20	121,20
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	CATAS ALTAS	3	24,24	24,24	0,00	72,72	72,72
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (Consulta) Catas Altas	CATAS ALTAS	798	24,24	24,24	0,00	19.343,52	19.343,52
Exame Microalbuminúria #	CATAS ALTAS	193	12,00	8,12	3,88	2.316,00	1.567,16
Exame Mucoproteínas #	CATAS ALTAS	4	8,00	2,01	5,99	32,00	8,04
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	CATAS ALTAS	1	63,25	3,37	59,88	63,25	3,37
Exame Paquimetria (01 Olho)	CATAS ALTAS	146	61,33	14,81	46,52	8.954,18	2.162,26
Exame Paracentese De Câmara Anterior - ICISMEP	CATAS ALTAS	1	109,75	0,00	109,75	109,75	0,00
Exame Parasitológico #	CATAS ALTAS	16	5,00	1,65	3,35	80,00	26,40
Exame Parasitológico No Mif #	CATAS ALTAS	1	5,00	1,65	3,35	5,00	1,65
Exame Paratormônio (p T H) #	CATAS ALTAS	28	19,00	43,13	0,00	532,00	1.207,64
Exame Peptídeo C #	CATAS ALTAS	6	15,00	15,35	0,00	90,00	92,10
Exame Pesquisa De Estreptococos Grupo B #	CATAS ALTAS	16	17,00	0,00	17,00	272,00	0,00
Exame Pesquisa De Sangue Oculto #	CATAS ALTAS	272	8,00	1,65	6,35	2.176,00	448,80
Exame Plaquetas Manual #	CATAS ALTAS	19	5,00	2,73	2,27	95,00	51,87
Exame Polissonografia	CATAS ALTAS	5	500,00	125,00	375,00	2.500,00	625,00
Exame Potássio #	CATAS ALTAS	918	5,00	1,85	3,15	4.590,00	1.698,30
Exame Progesterona #	CATAS ALTAS	13	12,00	10,22	1,78	156,00	132,86
Exame Prolactina #	CATAS ALTAS	43	12,00	10,15	1,85	516,00	436,45
Exame Proteína C Reativa #	CATAS ALTAS	2	7,00	2,83	4,17	14,00	5,66
Exame Proteínas Totais #	CATAS ALTAS	1	7,00	1,40	5,60	7,00	1,40
Exame Proteínas Totais E Frações #	CATAS ALTAS	28	7,00	1,85	5,15	196,00	51,80

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	CATAS ALTAS	32	120,00	6,36	113,64	3.840,00	203,52
Exame Psa Total #	CATAS ALTAS	94	15,00	16,42	0,00	1.410,00	1.543,48
Exame Psa Total/livre #	CATAS ALTAS	107	15,00	16,42	0,00	1.605,00	1.756,94
Exame Punção Da Tireóide (paaf De Tireóide) Com Anestésico, Guiada Por US	CATAS ALTAS	1	835,00	23,73	811,27	835,00	23,73
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	CATAS ALTAS	2	190,00	23,73	166,27	380,00	47,46
Exame Relação De Proteínas / Creatinina #	CATAS ALTAS	13	13,00	0,00	13,00	169,00	0,00
Exame Renina #	CATAS ALTAS	1	40,00	13,19	26,81	40,00	13,19
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	CATAS ALTAS	2	750,00	361,25	388,75	1.500,00	722,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	CATAS ALTAS	4	1.000,00	268,75	731,25	4.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal	CATAS ALTAS	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	CATAS ALTAS	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical (ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	440,00	0,00	440,00	440,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombar (ICISMEP)	CATAS ALTAS	1	440,00	0,00	440,00	440,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	CATAS ALTAS	25	500,00	268,75	231,25	12.500,00	6.718,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica - ICISMEP	CATAS ALTAS	1	440,00	0,00	440,00	440,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral)	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
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	15	500,00	268,75	231,25	7.500,00	4.031,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	CATAS ALTAS	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	CATAS ALTAS	33	500,00	268,75	231,25	16.500,00	8.868,75
Exame Ressonância Magnética De Mão (unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	CATAS ALTAS	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral)	CATAS ALTAS	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	CATAS ALTAS	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral)	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face	CATAS ALTAS	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	CATAS ALTAS	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Reticulócitos #	CATAS ALTAS	24	6,00	2,73	3,27	144,00	65,52
Exame Retinografia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	73	74,50	24,68	49,82	5.438,50	1.801,64
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	CATAS ALTAS	5	173,00	13,63	159,37	865,00	68,15
Exame Retossigmoidoscopia	CATAS ALTAS	1	200,00	23,13	176,87	200,00	23,13
Exame Rubéola Igg #	CATAS ALTAS	29	13,40	17,16	0,00	388,60	497,64
Exame Rubéola Igm #	CATAS ALTAS	28	13,40	17,16	0,00	375,20	480,48
Exame Rx Histerossalpingografia	CATAS ALTAS	1	186,44	45,34	141,10	186,44	45,34
Exame Shbg Globulina Ligadura De Hormônios Sexuais #	CATAS ALTAS	9	28,00	0,00	28,00	252,00	0,00
Exame Sódio #	CATAS ALTAS	204	5,00	1,85	3,15	1.020,00	377,40
Exame Somatomedina C (igf1)#	CATAS ALTAS	4	32,00	15,35	16,65	128,00	61,40
Exame Sondagem Vias Lacrimais (01 Olho) Ou Sondagem Do Canal Lacrimal (01 Olho)	CATAS ALTAS	1	180,00	22,93	157,07	180,00	22,93
Exame Sulf. Dehidroepiandrosterona - Sdhea #	CATAS ALTAS	2	15,00	13,11	1,89	30,00	26,22
Exame T 3 Livre #	CATAS ALTAS	3	12,00	12,54	0,00	36,00	37,62
Exame T 3 Total #	CATAS ALTAS	79	12,00	8,71	3,29	948,00	688,09
Exame T 4 Livre #	CATAS ALTAS	376	12,00	11,60	0,40	4.512,00	4.361,60
Exame T 4 Total #	CATAS ALTAS	70	12,00	8,76	3,24	840,00	613,20
Exame T S H #	CATAS ALTAS	1.323	12,00	8,96	3,04	15.876,00	11.854,08
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	CATAS ALTAS	2	307,94	138,63	169,31	615,88	277,26
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	CATAS ALTAS	8	207,94	138,63	69,31	1.663,52	1.109,04
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	CATAS ALTAS	11	420,00	138,63	281,37	4.620,00	1.524,93
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	CATAS ALTAS	77	320,00	138,63	181,37	24.640,00	10.674,51
Exame Tc. Articulação De Membro Inferior S/ Contraste	CATAS ALTAS	1	130,14	86,75	43,39	130,14	86,75
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	CATAS ALTAS	2	130,14	86,75	43,39	260,28	173,50
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	4	130,14	86,76	43,38	520,56	347,04
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	1	130,14	86,76	43,38	130,14	86,76
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	26	136,50	101,10	35,40	3.549,00	2.628,60
Exame Tc. Coxo Femural S/ Contraste (unilateral)	CATAS ALTAS	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	CATAS ALTAS	126	130,00	97,44	32,56	16.380,00	12.277,44
Exame Tc. De Cada Segmento Adicional Para Coluna	CATAS ALTAS	10	54,40	0,00	54,40	544,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia) Arterial De Crânio, Venoso De Crânio, Arterial De Pescoço, Venoso De Pescoço, Arterial De Tórax, Venoso De Tórax, Arterial De Abdome Superior, Venoso De Abdome Superior, Arterial De Pelve, Venoso De Pelve, Arterial Pulmonar E Venoso Pulmonar Com Contraste	CATAS ALTAS	2	600,00	0,00	600,00	1.200,00	0,00
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia) Arterial De Pescoço, Venoso De Pescoço, Arterial De Tórax, Venoso De Tórax, Arterial De Abdome Superior, Venoso De Abdome Superior, Arterial De Pelve, Venoso De Pelve, Arterial Pulmonar E Venoso Pulmonar (CATAS ALTAS)	CATAS ALTAS	1	450,00	0,00	450,00	450,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	CATAS ALTAS	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	CATAS ALTAS	3	130,00	97,44	32,56	390,00	292,32
Exame Tc. Ombro S/ Contraste (unilateral)	CATAS ALTAS	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	CATAS ALTAS	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	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	4	130,00	86,75	43,25	520,00	347,00
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	CATAS ALTAS	14	130,00	86,75	43,25	1.820,00	1.214,50
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	CATAS ALTAS	5	304,61	136,41	168,20	1.523,05	682,05
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	CATAS ALTAS	46	204,61	136,41	68,20	9.412,06	6.274,86
Exame Tempo De Protrombina #	CATAS ALTAS	49	6,00	2,73	3,27	294,00	133,77
Exame Tempo De Trombop. Parcial #	CATAS ALTAS	39	6,00	0,00	6,00	234,00	0,00
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	CATAS ALTAS	23	90,00	30,00	60,00	2.155,00	690,00
Exame Teste Ergométrico	CATAS ALTAS	7	95,00	30,00	65,00	665,00	210,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	CATAS ALTAS	1	90,00	12,34	77,66	90,00	12,34
Exame Testosterona Livre #	CATAS ALTAS	58	20,00	13,11	6,89	1.160,00	760,38
Exame Testosterona Total #	CATAS ALTAS	58	12,00	10,43	1,57	696,00	604,94
Exame Tireoglobulina #	CATAS ALTAS	3	15,00	15,35	0,00	45,00	46,05
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	CATAS ALTAS	104	420,00	48,00	372,00	43.680,00	4.992,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	CATAS ALTAS	3	3,37	3,37	0,00	10,11	10,11
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (Consulta) Catas Altas	CATAS ALTAS	798	3,37	3,37	0,00	2.689,26	2.689,26
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	CATAS ALTAS	4	127,36	24,24	103,12	509,44	96,96

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Toxoplasmose Igg #	CATAS ALTAS	92	12,00	16,97	0,00	1.104,00	1.561,24
Exame Toxoplasmose Igm #	CATAS ALTAS	91	12,00	18,55	0,00	1.092,00	1.688,05
Exame Toxoplasmose Teste De Avidéz #	CATAS ALTAS	1	30,00	0,00	30,00	30,00	0,00
Exame Transaminase Oxalacética - Tgo #	CATAS ALTAS	9	5,00	2,01	2,99	45,00	18,09
Exame Transaminase Pirúvica - Tgp #	CATAS ALTAS	9	5,00	2,01	2,99	45,00	18,09
Exame Transferrina#	CATAS ALTAS	8	12,00	4,12	7,88	96,00	32,96
Exame Transglutamenase Anti Iga #	CATAS ALTAS	1	40,00	0,00	40,00	40,00	0,00
Exame Triglicerides #	CATAS ALTAS	576	5,00	3,51	1,49	2.880,00	2.021,76
Exame Uréia #	CATAS ALTAS	70	5,00	1,85	3,15	350,00	129,50
Exame Urina Rotina #	CATAS ALTAS	57	4,50	3,70	0,80	256,50	210,90
Exame Urocultura #	CATAS ALTAS	330	15,00	5,62	9,38	4.950,00	1.854,60
Exame Urodinâmica Completa (Urofluxometria, Cistometria E Estudo Pressão / Fluxo)	CATAS ALTAS	1	250,00	7,62	242,38	250,00	7,62
Exame Us. Abdomen Inferior (Masculino: Bexiga,próstata,vesícula Seminais; Feminino: Bexiga,útero,ovários E Anexos)	CATAS ALTAS	2	70,49	24,20	46,29	140,98	48,40
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	CATAS ALTAS	24	66,50	24,20	42,30	1.683,78	580,80
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	CATAS ALTAS	103	102,00	37,95	64,05	11.075,16	3.908,85
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	CATAS ALTAS	2	195,89	37,95	157,94	391,78	75,90
Exame Us. Articulações	CATAS ALTAS	5	60,50	24,20	36,30	317,02	121,00
Exame Us. Axilas (bilateral)	CATAS ALTAS	62	80,00	0,00	80,00	5.204,80	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	CATAS ALTAS	5	64,13	24,20	39,93	320,65	121,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	CATAS ALTAS	11	166,32	24,20	142,12	1.929,32	266,20
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	CATAS ALTAS	99	60,50	24,20	36,30	6.294,42	2.395,80
Exame Us. Endovaginal Com Doppler	CATAS ALTAS	6	110,00	24,20	85,80	693,00	145,20
Exame Us. Estruturas Superficiais	CATAS ALTAS	1	58,30	0,00	58,30	58,30	0,00
Exame Us. Glândulas Salivares(Parótidas, Submandibulares, Sublinguais)	CATAS ALTAS	1	58,30	24,20	34,10	58,30	24,20
Exame Us. Joelho Unilateral	CATAS ALTAS	14	55,00	24,20	30,80	812,90	338,80
Exame Us. Mamárias (bilateral)	CATAS ALTAS	70	80,00	24,20	55,80	5.878,40	1.694,00
Exame Us. Mão (unilateral)	CATAS ALTAS	4	55,00	24,20	30,80	229,90	96,80
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	CATAS ALTAS	35	115,50	24,20	91,30	6.106,50	847,00
Exame Us. Obstétrica Por Feto	CATAS ALTAS	45	55,00	24,20	30,80	2.600,40	1.089,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	CATAS ALTAS	16	111,94	39,60	72,34	1.791,04	633,60
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	CATAS ALTAS	10	58,30	24,20	34,10	583,00	242,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Ombro Unilateral	CATAS ALTAS	53	55,00	24,20	30,80	3.080,00	1.282,60
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	CATAS ALTAS	15	64,13	24,20	39,93	961,95	363,00
Exame Us. Parede Abdominal Com Doppler	CATAS ALTAS	1	184,80	24,20	160,60	184,80	24,20
Exame Us. Partes Moles	CATAS ALTAS	9	55,00	0,00	55,00	521,40	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	CATAS ALTAS	3	58,30	24,20	34,10	174,90	72,60
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	CATAS ALTAS	12	64,13	24,20	39,93	769,56	290,40
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	CATAS ALTAS	37	55,00	24,20	30,80	2.150,50	895,40
Exame Us. Punho (unilateral)	CATAS ALTAS	20	55,00	24,20	30,80	1.159,40	484,00
Exame Us. Quadril (unilateral)	CATAS ALTAS	3	58,30	24,20	34,10	174,90	72,60
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	CATAS ALTAS	12	58,30	0,00	58,30	699,60	0,00
Exame Us. Região Inguinal (unilateral)	CATAS ALTAS	4	27,50	0,00	27,50	114,95	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	CATAS ALTAS	82	66,50	24,20	42,30	5.740,28	1.984,40
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	CATAS ALTAS	14	55,00	24,20	30,80	803,00	338,80
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	CATAS ALTAS	9	156,71	24,20	132,51	1.410,39	217,80
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	CATAS ALTAS	5	58,30	24,20	34,10	291,50	121,00
Exame Us. Vias Urinárias, Aparelho Urinário Com Doppler	CATAS ALTAS	1	156,71	24,20	132,51	156,71	24,20
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	CATAS ALTAS	1	64,13	24,20	39,93	64,13	24,20
Exame Us.transretal	CATAS ALTAS	1	65,00	24,20	40,80	65,00	24,20
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	CATAS ALTAS	13	116,60	24,20	92,40	1.509,20	314,60
Exame V D R L #	CATAS ALTAS	1	5,00	2,83	2,17	5,00	2,83
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	CATAS ALTAS	8	90,00	45,50	44,50	720,00	364,00
Exame Vitamina A (retinol) #	CATAS ALTAS	4	50,00	0,00	50,00	200,00	0,00
Exame Vitamina B12#	CATAS ALTAS	1.032	12,00	15,24	0,00	12.384,00	15.727,68
Exame Vitamina B6#	CATAS ALTAS	2	70,00	0,00	70,00	140,00	0,00
Exame Zinco #	CATAS ALTAS	27	13,00	15,65	0,00	351,00	422,55
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	CATAS ALTAS	11	2.128,00	82,28	2.045,72	23.408,00	905,08
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Bevacizumabe Incluindo Medicamento (Avastin)	CATAS ALTAS	1	1.500,00	82,28	1.417,72	1.500,00	82,28
Injeção Oftalmológica INJEÇÃO INTRA - VITREO - ICISMEP	CATAS ALTAS	1	263,90	0,00	263,90	263,90	0,00
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	CATAS ALTAS	11	21,00	0,00	21,00	231,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	CATAS ALTAS	3	1.166,00	0,00	1.166,00	3.498,00	0,00
Sessão Atendimento Exclusivo Em Área Rural Com Apresentação Googles MAPS(Tendo Como Ponto De Partida Sede Do Contrato Até O Endereço Do Paciente)	CATAS ALTAS	720	1,50	0,00	1,50	1.080,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Sessão Fisioterapia Domiciliar Area Rural(Paciência, Valéria, Mato Grosso,Bittencourt E Vinateira, Morro Da Água Quente)	CATAS ALTAS	31	60,00	0,00	60,00	1.860,00	0,00
Sessão Fisioterapia Domiciliar Dentro Perímetro Água Quente	CATAS ALTAS	204	60,00	0,00	60,00	12.240,00	0,00
Sessão Fisioterapia Domiciliar Dentro Perímetro Urbano	CATAS ALTAS	239	56,00	0,00	56,00	13.384,00	0,00
Sessão Fisioterapia Ginecológica	CATAS ALTAS	23	45,00	0,00	45,00	1.035,00	0,00
Sessão Fisioterapia Neurológica	CATAS ALTAS	57	45,00	4,67	40,33	2.565,00	266,19
Sessão Fisioterapia Neurológica Domiciliar Dentro Perímetro Urbano	CATAS ALTAS	497	60,00	0,00	60,00	29.820,00	0,00
Sessão Fisioterapia Ortopédica	CATAS ALTAS	527	45,00	0,00	45,00	23.715,00	0,00
Sessão Fisioterapia Respiratoria	CATAS ALTAS	91	45,00	0,00	45,00	4.095,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiologica Individual - Catas Altas	CATAS ALTAS	111	38,00	10,90	27,10	4.245,00	1.209,90
Transporte 01 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	7	1.291,20	0,00	1.291,20	9.038,40	0,00
Transporte 01 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera E Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	1	3.808,00	0,00	3.808,00	3.808,00	0,00
Transporte 03 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	8	456,00	0,00	456,00	3.648,00	0,00
Transporte 03 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem	CATAS ALTAS	2	2.505,60	0,00	2.505,60	5.011,20	0,00
Transporte 04 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	13	759,60	0,00	759,60	9.874,80	0,00
Transporte 04 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Consultas ,Procedimentos E Tratamento Com Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	1	2.630,00	0,00	2.630,00	2.630,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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	15	495,00	0,00	495,00	7.425,00	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	3	935,00	0,00	935,00	2.805,00	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	CATAS ALTAS	1	847,00	0,00	847,00	847,00	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.	CATAS ALTAS	1	2.760,00	0,00	2.760,00	2.760,00	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	CATAS ALTAS	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	CATAS ALTAS	3	1.815,00	0,00	1.815,00	5.445,00	0,00
Transporte 2023 - Ambulância UTI Com Equipe Completa (FESTA DO VINHO)	CATAS ALTAS	2	2.500,00	0,00	2.500,00	5.000,00	0,00
Transporte 2023 - UTI PEDIATRICA (SEM CONTRATO)	CATAS ALTAS	1	4.174,00	0,00	4.174,00	4.174,00	0,00
Transporte 2023 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	9	633,00	0,00	633,00	5.697,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Para Realização De Exames C/s Espera, C/s Retorno	CATAS ALTAS	12	380,00	0,00	380,00	4.560,00	0,00
Transporte 2023 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	5	1.076,00	0,00	1.076,00	5.380,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2023 Ambulância Interna Dentro Da Micro 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 Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Do Paciente.	CATAS ALTAS	1	1.139,00	0,00	1.139,00	1.139,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância-microrregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Realização De Exames, C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	CATAS ALTAS	2	1.184,00	0,00	1.184,00	2.368,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel - Remoção Interna Dentro Da Micro De Jm, Micro Itabira , Por Prestador Com Sede Onde Ocorrerá A Transferência Ou Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção, C/ Ou Sem Espera , C/ou S/ Retorno	CATAS ALTAS	2	974,00	0,00	974,00	1.948,00	0,00
Transporte 2023 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	10	3.174,00	0,00	3.174,00	31.740,00	0,00
Transporte 2023 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	5	2.088,00	0,00	2.088,00	10.440,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem	CATAS ALTAS	7	2.192,00	0,00	2.192,00	15.344,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	297	180,00	22,27	157,73	61.155,00	6.614,19
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia (SES)	JOÃO MONLEVADE	32	180,00	22,27	157,73	5.787,00	712,64
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	JOÃO MONLEVADE	22	207,00	22,27	184,73	4.473,00	489,94
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 Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	161	231,87	112,77	119,10	37.331,07	18.155,97
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	JOÃO MONLEVADE	1	2.800,00	0,00	2.800,00	2.800,00	0,00
Cirurgia Faca Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	JOÃO MONLEVADE	277	828,60	771,60	57,00	230.367,27	213.733,20
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	JOÃO MONLEVADE	70	1.148,00	76,50	1.071,50	80.360,00	5.355,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	19	64,00	25,00	39,00	1.216,00	475,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM ESTRABISMO (QUANTIDADE 1) AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE ESTRABISMO - Icismep	JOÃO MONLEVADE	1	60,00	0,00	60,00	60,00	0,00
Consulta Anestesia/Laudo Pré Operatório.	JOÃO MONLEVADE	7	60,00	10,00	50,00	420,00	70,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicilio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	181	70,00	10,00	60,00	12.670,00	1.810,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	103	62,00	10,00	52,00	6.386,00	1.030,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	JOÃO MONLEVADE	632	57,00	10,00	47,00	36.498,00	6.320,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	JOÃO MONLEVADE	666	57,00	10,00	47,00	39.033,00	6.660,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	JOÃO MONLEVADE	18	380,00	0,00	380,00	6.840,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	2.269	62,00	10,00	52,00	150.294,00	22.690,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	23	62,00	10,00	52,00	1.482,00	230,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	448	62,00	10,00	52,00	29.856,00	4.480,00
Consulta Consulta De Visão Subnormal	JOÃO MONLEVADE	14	380,00	0,00	380,00	5.320,00	0,00
Consulta CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLASTICA OCULAR - ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	6	50,58	0,00	50,58	303,48	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	JOÃO MONLEVADE	110	57,00	10,00	47,00	6.552,00	1.100,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	JOÃO MONLEVADE	137	62,00	10,00	52,00	9.006,00	1.370,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgica (Cirurgias De Otorrino, Ginecológica, Urologia, Cirurgião Geral)	JOÃO MONLEVADE	4	50,00	10,00	40,00	200,00	40,00
Consulta Endocrinologia	JOÃO MONLEVADE	208	57,00	10,00	47,00	12.129,00	2.080,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	JOÃO MONLEVADE	50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Hematologia	JOÃO MONLEVADE	19	57,00	10,00	47,00	1.083,00	190,00
Consulta Nutricionista	JOÃO MONLEVADE	206	30,00	6,30	23,70	6.454,00	1.297,80
Consulta Oftalmologia	JOÃO MONLEVADE	3.933	34,39	10,00	24,39	140.766,87	39.330,00
Consulta Ortopedia	JOÃO MONLEVADE	2.780	57,00	10,00	47,00	162.771,00	27.800,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	255	70,00	10,00	60,00	17.850,00	2.550,00
Consulta Otorrinolaringologia	JOÃO MONLEVADE	326	57,00	10,00	47,00	19.032,00	3.260,00
Consulta Proctologia	JOÃO MONLEVADE	260	57,00	10,00	47,00	15.093,00	2.600,00
Consulta Traumatologia Distinto Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	273	62,00	10,00	52,00	16.926,00	2.730,00
Consulta Urologia	JOÃO MONLEVADE	839	57,00	10,00	47,00	48.858,00	8.390,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Coordenação/Supervisão João Monlevade - Contratação De Empresa Para Prestação De Serviços De Coordenação E Supervisão Na área De Neurologia Para Atendimentos Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi	JOÃO MONLEVADE	12	5.152,69	0,00	5.152,69	61.832,28	0,00
Exame Anatomo De Médula Ossea	JOÃO MONLEVADE	2	450,00	0,00	450,00	900,00	0,00
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	74	194,12	64,00	130,12	14.364,88	4.736,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	JOÃO MONLEVADE	18	500,00	0,00	500,00	9.000,00	0,00
Exame Arteriografia Cerebral	JOÃO MONLEVADE	1	2.500,00	0,00	2.500,00	2.500,00	0,00
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	2	83,55	24,24	59,31	167,10	48,48
Exame Biópsia Transretal	JOÃO MONLEVADE	26	228,00	202,81	25,19	7.008,00	5.273,06
Exame Campimetria Computadorizada (01 Olho) Ou Campo Visual (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	1	52,25	0,00	52,25	52,25	0,00
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	298	104,50	40,00	64,50	31.141,00	11.920,00
Exame Campo Visual Manual (ambos Os Olhos) - Dispensa	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	40,00	410,00	450,00	40,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	JOÃO MONLEVADE	18	1.200,00	0,00	1.200,00	26.000,00	0,00
Exame Cintilografia De Paratireóide	JOÃO MONLEVADE	3	325,00	324,54	0,46	975,00	973,62
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Esforço	JOÃO MONLEVADE	25	518,10	408,52	109,58	12.952,50	10.213,00
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Repouso	JOÃO MONLEVADE	25	518,10	383,07	135,03	12.952,50	9.576,75
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	JOÃO MONLEVADE	6	195,00	190,99	4,01	1.170,00	1.145,94
Exame Cintilografia Pulmonar (inalação) Com Mínimo De 02 Projeções	JOÃO MONLEVADE	9	130,00	128,12	1,88	1.170,00	1.153,08
Exame Cintilografia Pulmonar (perfusão) - Mínimo 04 Projeções	JOÃO MONLEVADE	9	135,00	130,50	4,50	1.215,00	1.174,50
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	JOÃO MONLEVADE	8	225,00	133,03	91,97	1.800,00	1.064,24
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	JOÃO MONLEVADE	11	250,00	18,00	232,00	3.950,00	198,00
Exame Colangioproressonância/ 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	297	550,00	112,66	437,34	187.005,00	33.460,02
Exame Colonoscopia (SES)	JOÃO MONLEVADE	32	550,00	112,66	437,34	17.683,00	3.605,12
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	JOÃO MONLEVADE	162	100,00	0,00	100,00	16.200,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	JOÃO MONLEVADE	7	200,00	0,00	200,00	1.400,00	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	31	300,00	140,00	160,00	9.300,00	4.340,00
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	276	104,00	10,11	93,89	28.704,00	2.790,36

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	JOÃO MONLEVADE	138	120,00	55,10	64,90	16.560,00	7.603,80
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	JOÃO MONLEVADE	149	155,00	39,60	115,40	23.095,00	5.900,40
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	JOÃO MONLEVADE	149	155,00	39,60	115,40	23.095,00	5.900,40
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	JOÃO MONLEVADE	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	JOÃO MONLEVADE	12	155,00	39,60	115,40	1.860,00	475,20
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	31	155,00	39,60	115,40	4.805,00	1.227,60
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	JOÃO MONLEVADE	74	175,00	39,60	135,40	12.950,00	2.930,40
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	459	155,00	39,60	115,40	71.145,00	18.176,40
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	JOÃO MONLEVADE	483	155,00	39,60	115,40	74.865,00	19.126,80
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	JOÃO MONLEVADE	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Eco Transesofágico	JOÃO MONLEVADE	2	450,00	165,00	285,00	900,00	330,00
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	JOÃO MONLEVADE	12	280,00	0,00	280,00	3.360,00	0,00
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	JOÃO MONLEVADE	395	225,00	67,86	157,14	88.875,00	26.804,70
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico*	JOÃO MONLEVADE	128	185,00	67,86	117,14	26.640,00	8.686,08
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	JOÃO MONLEVADE	43	293,66	67,86	225,80	12.627,38	2.917,98
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico (SES)	JOÃO MONLEVADE	28	185,00	67,86	117,14	5.180,00	1.900,08
Exame Ecoendoscopia Diagnóstica (Icismpe)	JOÃO MONLEVADE	2	2.250,00	0,00	2.250,00	4.500,00	0,00
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	90	105,99	24,20	81,79	9.539,10	2.178,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	JOÃO MONLEVADE	24	190,00	25,00	165,00	4.560,00	600,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / EEG / Eletroencefalograma	JOÃO MONLEVADE	50	130,00	11,34	118,66	6.500,00	567,00
Exame Eletroencefalograma De M I D	JOÃO MONLEVADE	33	168,00	27,00	141,00	5.544,00	891,00
Exame Eletroencefalograma De M I E	JOÃO MONLEVADE	34	168,00	27,00	141,00	5.712,00	918,00
Exame Eletroencefalograma De M S D	JOÃO MONLEVADE	55	168,00	27,00	141,00	9.240,00	1.485,00
Exame Eletroencefalograma De M S E	JOÃO MONLEVADE	56	168,00	27,00	141,00	9.408,00	1.512,00
Exame Endoscopia Com Dilatação De Esôfago	JOÃO MONLEVADE	3	2.817,00	49,50	2.767,50	8.451,00	148,50
Exame Endoscopia Digestiva Alta	JOÃO MONLEVADE	617	216,00	48,16	167,84	131.967,00	29.714,72
Exame Endoscopia Digestiva Alta + Retirada De Corpo Estranho	JOÃO MONLEVADE	1	396,00	48,16	347,84	396,00	48,16
Exame Endoscopia Infantil C/ Sedação	JOÃO MONLEVADE	6	690,00	48,16	641,84	4.140,00	288,96
Exame Escanometria Mmii	JOÃO MONLEVADE	1	39,00	7,77	31,23	39,00	7,77
Exame Esclerose De Varizes Esofagianas Ou Ligadura Elástica De Varizes Com Calibre Fino Ou Com Calibre Grosso (endoscopia Digestiva Alta + Esclerose De Varizes Esofagianas Ou Ligadura Elástica De Varizes)	JOÃO MONLEVADE	5	575,00	0,00	575,00	2.875,00	0,00
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	JOÃO MONLEVADE	8	242,00	165,24	76,76	1.936,00	1.321,92

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Estudo Urodinâmico	JOÃO MONLEVADE	52	250,00	7,62	242,38	13.000,00	396,24
Exame Exame Imunohistoquímico	JOÃO MONLEVADE	4	1.400,00	131,52	1.268,48	5.600,00	526,08
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	JOÃO MONLEVADE	50	90,00	45,50	44,50	4.500,00	2.275,00
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	227	257,50	107,61	149,89	58.452,50	24.427,47
Exame Gonioscopia (1 Olho) - 50%	JOÃO MONLEVADE	1	15,50	6,74	8,76	15,50	6,74
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	271	31,00	6,74	24,26	8.401,00	1.826,54
Exame Holter 24 Horas	JOÃO MONLEVADE	25	106,00	30,00	76,00	2.632,00	750,00
Exame Imunofenotipagem	JOÃO MONLEVADE	2	1.400,00	0,00	1.400,00	2.800,00	0,00
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	11	228,72	45,00	183,72	2.515,92	495,00
Exame Linfocintilografia Mmii	JOÃO MONLEVADE	1	202,00	0,00	202,00	202,00	0,00
Exame Mamografia Bilateral	JOÃO MONLEVADE	1.137	90,00	45,00	45,00	102.330,00	51.165,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	JOÃO MONLEVADE	158	51,00	45,00	6,00	8.058,00	7.110,00
Exame Mamografia Unilateral	JOÃO MONLEVADE	163	90,00	22,50	67,50	7.335,00	3.667,50
Exame Mamografia Unilateral - CISMEPI - SES	JOÃO MONLEVADE	10	51,00	22,50	28,50	255,00	225,00
Exame Manometria Anorretal - ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	1	315,72	0,00	315,72	315,72	0,00
Exame Manometria Esofágica - ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	2	390,74	0,00	390,74	781,48	0,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	JOÃO MONLEVADE	29	112,00	10,07	101,93	3.386,00	292,03
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	JOÃO MONLEVADE	47	24,24	24,24	0,00	1.139,28	1.139,28
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	JOÃO MONLEVADE	3.933	24,24	24,24	0,00	95.335,92	95.335,92
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	5	216,00	24,24	191,76	1.080,00	121,20
Exame Mielograma	JOÃO MONLEVADE	1	400,00	5,79	394,21	400,00	5,79
Exame Mielograma + Biópsia	JOÃO MONLEVADE	7	202,19	5,79	196,40	1.415,33	40,53
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	4	63,25	3,37	59,88	253,00	13,48
Exame Paquimetria (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	555	61,33	14,81	46,52	34.038,15	8.219,55
Exame Pet Scan Ct	JOÃO MONLEVADE	2	3.300,00	0,00	3.300,00	6.600,00	0,00
Exame Ph Metria Esofágica - ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	2	317,80	0,00	317,80	635,60	0,00
Exame Polissonografia	JOÃO MONLEVADE	32	450,00	125,00	325,00	15.800,00	4.000,00
Exame Polissonografia Com CPAP	JOÃO MONLEVADE	3	600,00	125,00	475,00	1.800,00	375,00
Exame Potencial Evocado Auditivo De Curta, Média E Longa Latência (bera)	JOÃO MONLEVADE	2	150,00	46,88	103,12	300,00	93,76
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	JOÃO MONLEVADE	292	120,00	6,36	113,64	35.040,00	1.857,12
Exame Punção Aspirativa De Medula óssea	JOÃO MONLEVADE	7	428,00	0,00	428,00	2.996,00	0,00
Exame Punção Da Tireóide (paaf De Tireóide) Com Anestésico, Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	7	835,00	23,73	811,27	5.845,00	166,11

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	23	190,00	23,73	166,27	4.370,00	545,79
Exame Punção De Mama (paaf Mama) Com Anestésico, Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	3	835,00	66,48	768,52	2.505,00	199,44
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	1	190,00	66,48	123,52	190,00	66,48
Exame Ressonância Magnética De Coxa Unilateral	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe /Orofaringe / Laringe /Língua / Traqueia / Tiréide / Paratireoide /Parótida / Glândulas Salivares	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	JOÃO MONLEVADE	4	750,00	361,25	388,75	3.000,00	1.445,00
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	JOÃO MONLEVADE	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	JOÃO MONLEVADE	11	1.000,00	268,75	731,25	11.000,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Total Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	900,00	268,75	631,25	900,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Atm (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonancia Magnetica De Bacia/Pelve ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	1	385,00	0,00	385,00	385,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	JOÃO MONLEVADE	42	500,00	268,75	231,25	21.000,00	11.287,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	JOÃO MONLEVADE	98	500,00	268,75	231,25	49.000,00	26.337,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	JOÃO MONLEVADE	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxa (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coxa Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	JOÃO MONLEVADE	66	500,00	268,75	231,25	33.000,00	17.737,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	4	450,00	268,75	181,25	1.800,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	48	500,00	268,75	231,25	24.000,00	12.900,00
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	4	500,00	0,00	500,00	2.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	27	500,00	268,75	231,25	13.500,00	7.256,25
Exame Ressonância Magnética De órbitas	JOÃO MONLEVADE	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	7	500,00	0,00	500,00	3.500,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Sacro Iliaca /Glúteo 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	60	500,00	268,75	231,25	30.000,00	16.125,00
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
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	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Sela Túcica (Hipófise)	JOÃO MONLEVADE	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Sela Túcica (Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	2	450,00	268,75	181,25	900,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	JOÃO MONLEVADE	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Retinografia (1 Olho) - 50%	JOÃO MONLEVADE	1	37,25	24,68	12,57	37,25	24,68
Exame Retinografia (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	304	74,50	24,68	49,82	22.648,00	7.502,72
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	29	150,00	13,63	136,37	4.856,00	395,27
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	JOÃO MONLEVADE	20	150,00	29,84	120,16	3.418,00	596,80
Exame Retossigmoidoscopia	JOÃO MONLEVADE	10	350,00	23,13	326,87	2.600,00	231,30
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	JOÃO MONLEVADE	2	180,54	47,76	132,78	361,08	95,52
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	JOÃO MONLEVADE	18	87,32	35,22	52,10	1.571,76	633,96
Exame Rx Histerossalpingografia	JOÃO MONLEVADE	3	186,44	45,34	141,10	559,32	136,02
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 Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	4	307,94	138,63	169,31	1.231,76	554,52
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	207,94	138,63	69,31	415,88	277,26
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	58	420,00	138,63	281,37	24.360,00	8.040,54
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	48	320,00	138,63	181,37	15.360,00	6.654,24
Exame Tc. Articulação De Membro Inferior S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	130,14	86,75	43,39	260,28	173,50
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	130,14	86,75	43,39	130,14	86,75
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	10	130,14	86,76	43,38	1.301,40	867,60
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	20	136,50	101,10	35,40	2.730,00	2.022,00
Exame Tc. Coxo Femural S/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	11	230,00	97,44	132,56	2.530,00	1.071,84
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	175	130,00	97,44	32,56	22.750,00	17.052,00
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	JOÃO MONLEVADE	3	270,00	0,00	270,00	810,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia) Arterial De Crânio, Venoso De Crânio, Arterial De Pescoço, Venoso De Pescoço, Arterial De Tórax, Venoso De Tórax, Arterial De Abdome Superior, Venoso De Abdome Superior, Arterial De Pelve, Venoso De Pelve, Arterial Pulmonar E Venoso Pulmonal Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	95	600,00	0,00	600,00	57.000,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos C/Contraste(Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	8	130,00	97,44	32,56	1.040,00	779,52
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	3	230,00	0,00	230,00	690,00	0,00
Exame Tc. Orbitas S/ Contraste (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	130,00	0,00	130,00	520,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	3	307,94	138,63	169,31	923,82	415,89
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	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	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	1	130,12	86,75	43,37	130,12	86,75
Exame Tc. Quadril C/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	210,00	0,00	210,00	210,00	0,00
Exame Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	JOÃO MONLEVADE	2	130,00	86,75	43,25	260,00	173,50
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	JOÃO MONLEVADE	12	130,00	86,75	43,25	1.560,00	1.041,00
Exame Tc. Sela Túrcica C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	16	304,61	136,41	168,20	4.873,76	2.182,56
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	149	204,61	136,41	68,20	30.486,89	20.325,09
Exame Teste Ergométrico	JOÃO MONLEVADE	59	110,00	30,00	80,00	5.830,00	1.770,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	5	90,00	12,34	77,66	450,00	61,70
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	3	210,00	0,00	210,00	630,00	0,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	JOÃO MONLEVADE	449	420,00	48,00	372,00	188.580,00	21.552,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	JOÃO MONLEVADE	3.933	3,37	3,37	0,00	13.254,21	13.254,21
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	29	127,36	24,24	103,12	3.693,44	702,96
Exame Uretrocistografia	JOÃO MONLEVADE	17	199,42	52,11	147,31	3.390,14	885,87

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Urodinâmica Completa (Urofluxometria, Cistometria E Estudo Pressão / Fluxo)	JOÃO MONLEVADE	9	250,00	7,62	242,38	2.250,00	68,58
Exame Urofluxometria	JOÃO MONLEVADE	2	150,00	8,82	141,18	300,00	17,64
Exame Urografia Excretora C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	284,38	57,40	226,98	284,38	57,40
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	1	195,89	37,95	157,94	195,89	37,95
Exame Us. Antebraço (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	64,13	24,20	39,93	128,26	48,40
Exame Us. Axilas (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	84,80	0,00	84,80	84,80	0,00
Exame Us. Braço Unilateral	JOÃO MONLEVADE	2	84,80	24,20	60,60	169,60	48,40
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	7	64,13	24,20	39,93	448,91	169,40
Exame US. Coxa Unilateral	JOÃO MONLEVADE	1	84,80	24,20	60,60	84,80	24,20
Exame Us. De Articulação(Uma Articulação/Unilateral) Icismep	JOÃO MONLEVADE	1	60,00	0,00	60,00	60,00	0,00
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	JOÃO MONLEVADE	44	64,13	24,20	39,93	2.821,72	1.064,80
Exame Us. Joelho Unilateral	JOÃO MONLEVADE	1	58,30	24,20	34,10	58,30	24,20
Exame Us. Mamárias (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	84,80	24,20	60,60	84,80	24,20
Exame Us. Mão (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	58,30	24,20	34,10	233,20	96,80
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	JOÃO MONLEVADE	269	180,00	24,20	155,80	48.420,00	6.509,80
Exame Us. Obstétrica Por Feto	JOÃO MONLEVADE	3	58,30	24,20	34,10	174,90	72,60
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	JOÃO MONLEVADE	8	111,94	39,60	72,34	895,52	316,80
Exame Us. Ombro Unilateral	JOÃO MONLEVADE	3	58,30	24,20	34,10	174,90	72,60
Exame Us. Panturrilha (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	58,30	0,00	58,30	58,30	0,00
Exame Us. Partes Moles	JOÃO MONLEVADE	1	58,30	0,00	58,30	58,30	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	58,30	24,20	34,10	233,20	96,80
Exame Us. Punho (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	33	58,30	24,20	34,10	1.923,90	798,60
Exame Us. Quadril (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	58,30	24,20	34,10	233,20	96,80
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	JOÃO MONLEVADE	4	58,30	24,20	34,10	233,20	96,80
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	JOÃO MONLEVADE	1	156,71	24,20	132,51	156,71	24,20
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	19	58,30	24,20	34,10	1.107,70	459,80
Exame Us. Translucência Nucal Com Doppler Por Feto	JOÃO MONLEVADE	1	111,30	0,00	111,30	111,30	0,00
Exame Us. Vias Urinárias E Rins C/ Doppler	JOÃO MONLEVADE	1	156,71	24,20	132,51	156,71	24,20
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	JOÃO MONLEVADE	1	64,13	24,20	39,93	64,13	24,20
Exame Us.transretal	JOÃO MONLEVADE	26	52,00	24,20	27,80	1.586,00	629,20
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	JOÃO MONLEVADE	15	90,00	45,50	44,50	1.350,00	682,50
Exame Videoendoscopia Da Deglutição	JOÃO MONLEVADE	6	250,00	0,00	250,00	1.500,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	JOÃO MONLEVADE	134	2.128,00	82,28	2.045,72	285.152,00	11.025,52

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Afibercepte Incluindo Medicamento (Eylia)	JOÃO MONLEVADE	1	2.200,00	82,28	2.117,72	2.200,00	82,28
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Bevacizumabe Incluindo Medicamento (Avastin)	JOÃO MONLEVADE	39	1.500,00	0,00	1.500,00	58.500,00	2.632,96
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Ranibizumabe Incluindo Medicamento (Lucentis)	JOÃO MONLEVADE	41	2.200,00	82,28	2.117,72	90.200,00	3.373,48
Injeção Oftalmológica Injeção De Avastin (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	51	1.500,00	82,28	1.417,72	76.500,00	4.196,28
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	JOÃO MONLEVADE	163	21,00	0,00	21,00	3.423,00	0,00
Neurologia Hospitalar JM - Atendimento Na área De Neurologia Para Atendimento A Nível Hospitalar Incluindo A Avaliação Dos Pacientes Internados Pelo SUS.	JOÃO MONLEVADE	3	12.617,00	0,00	12.617,00	37.851,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	JOÃO MONLEVADE	20	1.166,00	0,00	1.166,00	23.320,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	JOÃO MONLEVADE	8	1.166,00	0,00	1.166,00	9.328,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	JOÃO MONLEVADE	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00
Procedimento Odontológico Procedimento Odontológico De Exodontia E Restauração	JOÃO MONLEVADE	1	6.600,00	0,00	6.600,00	6.600,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra - Radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) - Coroa De Jaqueta - Resina Especial Resina Foto Polime-rizável (definitiva)	JOÃO MONLEVADE	50	170,00	150,00	20,00	8.500,00	7.500,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra - Radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) - Coroa De Jaqueta Ou Total Acrílica Termo Polimerizável (provisória)	JOÃO MONLEVADE	23	120,00	150,00	0,00	2.760,00	3.450,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) Coroa De Veener	JOÃO MONLEVADE	16	220,00	150,00	70,00	3.520,00	2.400,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) Coroa Total Metálica	JOÃO MONLEVADE	3	150,00	150,00	0,00	450,00	450,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) Núcleo Metálico Fundido	JOÃO MONLEVADE	36	90,00	150,00	0,00	3.240,00	5.400,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) Restauração Metálica Fundida	JOÃO MONLEVADE	25	140,00	150,00	0,00	3.500,00	3.750,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	JOÃO MONLEVADE	36	320,00	150,00	170,00	11.520,00	5.400,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	JOÃO MONLEVADE	22	320,00	150,00	170,00	7.040,00	3.300,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	JOÃO MONLEVADE	6	190,00	24,15	165,85	1.140,00	144,90

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	JOÃO MONLEVADE	6	190,00	24,15	165,85	1.140,00	144,90
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	JOÃO MONLEVADE	6	300,00	150,00	150,00	1.800,00	900,00
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
Transporte 01 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	27	1.291,20	0,00	1.291,20	34.862,40	0,00
Transporte 01 OBSTETRICA - 2023/2024 - UTI Obstetrica (Gestante) - Remoção Das Cidades Da Micro De Saude De JM E Itabira, Para BH , Municípios Da Região Metropolitana, Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	4	5.050,00	0,00	5.050,00	20.200,00	0,00
Transporte 01 PEDIATRICA/NEONATAL - 2023/2024 - Pediátrica/Neonatal (Idade 0 Dias á 17 Anos) - Remoção Das Cidades Da Micro De Saúde De Jm E Itabira, Para BH, Municípios Da Região Metropolitana,Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	7	5.008,80	0,00	5.008,80	35.061,60	0,00
Transporte 01 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera E Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	37	3.808,00	0,00	3.808,00	140.896,00	0,00
Transporte 02 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância-microrregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Espera, C/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	34	1.420,80	0,00	1.420,80	48.307,20	0,00
Transporte 02 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames, Consultas , Procedimentos E Tratamentos Com Espera, C/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	27	4.008,00	0,00	4.008,00	108.216,00	0,00
Transporte 03 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem	JOÃO MONLEVADE	1	2.505,60	0,00	2.505,60	2.505,60	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 04 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	4	759,60	0,00	759,60	3.038,40	0,00
Transporte 04 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Consultas ,Procedimentos E Tratamento Com Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	9	2.630,00	0,00	2.630,00	23.670,00	0,00
Transporte 06 UTI - 2023/2024 - 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 Do Paciente.	JOÃO MONLEVADE	2	1.168,80	0,00	1.168,80	2.337,60	0,00
Transporte 07 UTI - 2023/2024 - 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	2	2.004,00	0,00	2.004,00	4.008,00	0,00
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	JOÃO MONLEVADE	4	495,00	0,00	495,00	1.980,00	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	23	935,00	0,00	935,00	21.505,00	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.	JOÃO MONLEVADE	1	1.030,00	0,00	1.030,00	1.030,00	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	1	3.630,00	0,00	3.630,00	3.630,00	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	14	2.760,00	0,00	2.760,00	38.640,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

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	JOÃO MONLEVADE	7	2.904,00	0,00	2.904,00	20.328,00	0,00
Transporte 2023 - Pediátrica - Remoção Das Cidades Da Micro De Saúde De Jm E Itabira, Para BH, Municípios Da Região Metropolitana,Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	2	4.174,00	0,00	4.174,00	8.348,00	0,00
Transporte 2023 - Pediátrica - Transporte Não Realizado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede, Localizada Dentro Da Micro De Saúde De JM E Itabira, Para Outros Municípios Das Micro Citadas.	JOÃO MONLEVADE	1	1.290,00	0,00	1.290,00	1.290,00	0,00
Transporte 2023 - UTI PEDIATRICA (SEM CONTRATO)	JOÃO MONLEVADE	1	4.174,00	0,00	4.174,00	4.174,00	0,00
Transporte 2023 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	JOÃO MONLEVADE	1	633,00	0,00	633,00	633,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Para Realização De Exames C/s Espera, C/s Retorno	JOÃO MONLEVADE	9	380,00	0,00	380,00	3.420,00	0,00
Transporte 2023 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	43	1.076,00	0,00	1.076,00	46.268,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância Interna Dentro Da Micro De JM E Itabira, Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Do Paciente.	JOÃO MONLEVADE	1	1.139,00	0,00	1.139,00	1.139,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância-microrregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Realização De Exames, C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	9	1.184,00	0,00	1.184,00	10.656,00	0,00
Transporte 2023 Neo Natal - Transporte Não Realizado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede, Localizada Dentro Da Micro De Saúde De JM E Itabira, Para Outros Municípios Das Micros Citadas.	JOÃO MONLEVADE	1	1.290,00	0,00	1.290,00	1.290,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2023 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	43	3.174,00	0,00	3.174,00	136.482,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames C/s Espera, C/s Retorno	JOÃO MONLEVADE	28	3.340,00	0,00	3.340,00	93.520,00	0,00
Transporte 2023 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	2.088,00	0,00	2.088,00	4.176,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem	JOÃO MONLEVADE	9	2.192,00	0,00	2.192,00	19.728,00	0,00
Transporte 2023 UTI Transporte Não Realizado Após Deslocamento Do Prestador De Serviço Da Sua Sede, Localizada Dentro Da Micro De Saúde De JM E Itabira, Para Prestadores Com Sede No Município Onde Ocorrera A Transferência.	JOÃO MONLEVADE	1	695,00	0,00	695,00	695,00	0,00
Transporte Transporte UTI Neonatal (Sem Contrato)	JOÃO MONLEVADE	1	4.200,00	0,00	4.200,00	4.200,00	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	9	2.000,00	0,00	2.000,00	18.000,00	0,00
Anestesia Anestesia (JD Serviços)	NOVA ERA	1	850,00	0,00	850,00	850,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	NOVA ERA	12	207,00	22,27	184,73	2.484,00	267,24
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia (SES)	NOVA ERA	1	180,00	22,27	157,73	180,00	22,27
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	NOVA ERA	1	180,00	22,27	157,73	180,00	22,27
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsolotomia Posterior (01 Olho)	NOVA ERA	25	231,87	112,77	119,10	5.796,75	2.819,25
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	NOVA ERA	1	2.800,00	0,00	2.800,00	2.800,00	0,00
Cirurgia Cirurgia Plástica Mamária Masculina E Equipe Com Desconto(JD Serviços)	NOVA ERA	1	4.400,00	0,00	4.400,00	4.400,00	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	NOVA ERA	135	828,60	771,60	57,00	111.861,00	104.166,00
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	NOVA ERA	4	1.148,00	76,50	1.071,50	4.592,00	306,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	NOVA ERA	3	64,00	25,00	39,00	192,00	75,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Anestesia/Laudo Pré Operatório Em Município Distinto Do Domicilio Do Contratado.	NOVA ERA	2	70,00	10,00	60,00	140,00	20,00
Consulta Avaliação Pré Cirúrgica Faco Emulsificação De Lente Intraocular	NOVA ERA	69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	106	62,00	10,00	52,00	7.412,00	1.060,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	65	70,00	10,00	60,00	4.550,00	650,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	NOVA ERA	39	62,00	10,00	52,00	2.418,00	390,00
Consulta Consulta (JD Serviços)	NOVA ERA	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Consulta Consulta Avaliativa - Glaucoma Congenito	NOVA ERA	1	450,00	10,00	440,00	450,00	10,00
Consulta Consulta Cardiologia	NOVA ERA	135	57,00	10,00	47,00	7.734,00	1.350,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	NOVA ERA	266	57,00	10,00	47,00	15.417,00	2.660,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	NOVA ERA	37	57,00	10,00	47,00	2.175,00	370,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	NOVA ERA	64	57,00	10,00	47,00	3.762,00	640,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	NOVA ERA	1	380,00	0,00	380,00	380,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicilio Do Contratado	NOVA ERA	967	62,00	10,00	52,00	64.306,00	9.670,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	43	62,00	10,00	52,00	2.842,00	430,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	267	62,00	10,00	52,00	17.690,00	2.670,00
Consulta Consulta De Visão Subnormal	NOVA ERA	3	380,00	0,00	380,00	1.140,00	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	NOVA ERA	9	57,00	10,00	47,00	534,00	90,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	NOVA ERA	28	62,00	10,00	52,00	1.832,00	280,00
Consulta Dermatologia	NOVA ERA	415	57,00	10,00	47,00	24.201,00	4.150,00
Consulta Endocrinologia	NOVA ERA	245	57,00	10,00	47,00	14.319,00	2.450,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	NOVA ERA	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Hematologia	NOVA ERA	6	57,00	10,00	47,00	342,00	60,00
Consulta Hospital (JD Serviços)	NOVA ERA	1	2.000,00	0,00	2.000,00	2.000,00	0,00
Consulta Nefrologia	NOVA ERA	4	57,00	10,00	47,00	228,00	40,00
Consulta Nutricionista	NOVA ERA	469	30,00	6,30	23,70	14.464,00	2.954,70
Consulta Oftalmologia	NOVA ERA	388	34,39	10,00	24,39	13.964,32	3.880,00
Consulta Ortopedia	NOVA ERA	687	57,00	10,00	47,00	40.350,00	6.870,00
Consulta Proctologia	NOVA ERA	116	57,00	10,00	47,00	6.771,00	1.160,00
Consulta Urologia	NOVA ERA	216	57,00	10,00	47,00	12.570,00	2.160,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Coordenação/Supervisão Nova Era - Contratação De Empresa Para Prestação De Serviços De Coordenação E Supervisão Na área De Neurologia Para Atendimentos Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi	NOVA ERA	12	1.227,06	0,00	1.227,06	14.724,72	0,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	NOVA ERA	1.129	32,00	40,78	0,00	40.448,00	46.040,62
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	NOVA ERA	15	43,21	61,77	0,00	723,42	926,55
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	NOVA ERA	16	194,12	64,00	130,12	3.105,92	1.024,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	NOVA ERA	3	500,00	0,00	500,00	1.500,00	0,00
Exame Arteriografia Renal	NOVA ERA	1	1.800,00	0,00	1.800,00	1.800,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	NOVA ERA	109	21,00	21,00	0,00	2.289,00	2.289,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	NOVA ERA	107	26,25	26,25	0,00	2.808,75	2.808,75
Exame Biópsia Aspirativa	NOVA ERA	62	25,32	0,00	25,32	1.775,92	0,00
Exame Biópsia Transretal	NOVA ERA	4	228,00	202,81	25,19	1.092,00	811,24
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	NOVA ERA	17	104,50	40,00	64,50	1.776,50	680,00
Exame Capsulotomia A Yag Laser - ICISMEP	NOVA ERA	8	112,77	0,00	112,77	902,16	0,00
Exame Cariótipo De Banda G	NOVA ERA	1	550,00	0,00	550,00	550,00	0,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	NOVA ERA	1	1.200,00	0,00	1.200,00	1.200,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	NOVA ERA	4	518,10	408,52	109,58	2.072,40	1.634,08
Exame Cintilografia Do Miocardio / 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	3	195,00	190,99	4,01	585,00	572,97
Exame Cintilografia Pulmonar (inalação) Com Mínimo De 02 Projeções	NOVA ERA	1	130,00	128,12	1,88	130,00	128,12
Exame Cintilografia Pulmonar (perfusão) - Mínimo 04 Projeções	NOVA ERA	1	135,00	130,50	4,50	135,00	130,50
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	NOVA ERA	5	225,00	133,03	91,97	1.125,00	665,15
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	NOVA ERA	35	13,00	13,72	0,00	455,00	480,20
Exame Citopatológico De Líquidos (ascístico, Pleural, Urina, Secreção Mama)	NOVA ERA	2	29,00	20,96	8,04	58,00	41,92
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Colonoscopia	NOVA ERA	12	633,00	112,66	520,34	7.596,00	1.351,92
Exame Colonoscopia (SES)	NOVA ERA	1	550,00	112,66	437,34	550,00	112,66
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	NOVA ERA	56	100,00	0,00	100,00	5.600,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	NOVA ERA	4	200,00	0,00	200,00	800,00	0,00
Exame Core Biopsy	NOVA ERA	2	300,00	140,00	160,00	600,00	280,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	NOVA ERA	14	104,00	10,11	93,89	1.456,00	141,54

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	NOVA ERA	47	120,00	55,10	64,90	5.640,00	2.589,70
Exame Dopplerfluxometria	NOVA ERA	1	58,30	0,00	58,30	58,30	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	NOVA ERA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	NOVA ERA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	NOVA ERA	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	NOVA ERA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	NOVA ERA	99	225,00	67,86	157,14	22.275,00	6.718,14
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico*	NOVA ERA	47	185,00	67,86	117,14	9.655,00	3.189,42
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	NOVA ERA	21	293,66	67,86	225,80	6.166,86	1.425,06
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico (SES)	NOVA ERA	1	185,00	67,86	117,14	185,00	67,86
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	NOVA ERA	15	105,99	24,20	81,79	1.589,85	363,00
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	NOVA ERA	31	15,80	5,15	10,65	489,80	159,65
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	NOVA ERA	2	250,00	25,00	225,00	500,00	50,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	NOVA ERA	7	190,00	25,00	165,00	1.330,00	175,00
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	7	168,00	27,00	141,00	1.176,00	189,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	NOVA ERA	8	168,00	27,00	141,00	1.344,00	216,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	NOVA ERA	18	168,00	27,00	141,00	3.024,00	486,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	NOVA ERA	17	168,00	27,00	141,00	2.856,00	459,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	NOVA ERA	1	19,00	13,51	5,49	19,00	13,51
Exame Endoscopia Digestiva Alta	NOVA ERA	86	187,00	48,16	138,84	18.286,00	4.141,76
Exame Escanometria Mmii	NOVA ERA	1	39,00	7,77	31,23	39,00	7,77
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	NOVA ERA	5	242,00	165,24	76,76	1.210,00	826,20
Exame Estudo Urodinâmico	NOVA ERA	13	250,00	7,62	242,38	3.250,00	99,06
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	NOVA ERA	27	90,00	45,50	44,50	2.430,00	1.228,50
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	NOVA ERA	29	257,50	107,61	149,89	7.467,50	3.120,69
Exame Fundoscopia (2 Olhos)	NOVA ERA	2	26,28	3,37	22,91	52,56	6,74
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	NOVA ERA	12	31,00	6,74	24,26	372,00	80,88
Exame Impedanciometria	NOVA ERA	102	23,00	23,00	0,00	2.346,00	2.346,00
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	NOVA ERA	2	228,72	45,00	183,72	457,44	90,00
Exame Linfocintilografia	NOVA ERA	1	145,00	141,33	3,67	145,00	141,33
Exame Mamografia Bilateral	NOVA ERA	1	90,00	45,00	45,00	90,00	45,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	NOVA ERA	74	51,00	45,00	6,00	3.774,00	3.330,00
Exame Mamografia Unilateral - CISMEPI - SES	NOVA ERA	2	51,00	22,50	28,50	51,00	45,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	NOVA ERA	2	24,24	24,24	0,00	48,48	48,48
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	NOVA ERA	388	24,24	24,24	0,00	9.405,12	9.405,12
Exame Micológico Direto	NOVA ERA	2	20,00	0,00	20,00	40,00	0,00
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	NOVA ERA	2	216,00	24,24	191,76	432,00	48,48
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	NOVA ERA	2	63,25	3,37	59,88	126,50	6,74
Exame Paquimetria (01 Olho)	NOVA ERA	28	61,33	14,81	46,52	1.717,24	414,68
Exame Polissonografia	NOVA ERA	9	500,00	125,00	375,00	4.500,00	1.125,00
Exame Polissonografia Com CPAP	NOVA ERA	1	600,00	125,00	475,00	600,00	125,00
Exame Processamento Auditivo	NOVA ERA	1	120,00	9,36	110,64	120,00	9,36
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	NOVA ERA	4	120,00	6,36	113,64	480,00	25,44
Exame Punção Da Tireóide (paaf De Tireóide) Com Anestésico, Guiada Por US	NOVA ERA	3	835,00	23,73	811,27	2.505,00	71,19
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	NOVA ERA	10	190,00	23,73	166,27	1.900,00	237,30
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	NOVA ERA	4	190,00	66,48	123,52	760,00	265,92
Exame Ressonância Magnética De Coxa Unilateral	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	NOVA ERA	1	750,00	361,25	388,75	750,00	361,25
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	NOVA ERA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	NOVA ERA	9	1.000,00	268,75	731,25	9.000,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral) Infantil (0 á 15 ANOS) Sem Sedação.	NOVA ERA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	NOVA ERA	17	500,00	268,75	231,25	8.500,00	4.568,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	NOVA ERA	45	500,00	268,75	231,25	22.500,00	12.093,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	NOVA ERA	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	NOVA ERA	5	450,00	268,75	181,25	2.250,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	NOVA ERA	22	500,00	268,75	231,25	11.000,00	5.912,50
Exame Ressonância Magnética De Mão (unilateral) Sem Contraste	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	NOVA ERA	16	500,00	268,75	231,25	8.000,00	4.300,00
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil (Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	NOVA ERA	1	450,00	0,00	450,00	450,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	NOVA ERA	23	500,00	268,75	231,25	11.500,00	6.181,25
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	NOVA ERA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face	NOVA ERA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	NOVA ERA	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
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	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Retinografia (2 Olhos)	NOVA ERA	17	74,50	24,68	49,82	1.266,50	419,56
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	NOVA ERA	1	150,00	13,63	136,37	150,00	13,63
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	NOVA ERA	2	172,00	29,84	142,16	344,00	59,68
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	NOVA ERA	6	87,32	35,22	52,10	523,92	211,32
Exame Rx Histerossalpingografia	NOVA ERA	1	186,44	45,34	141,10	186,44	45,34
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	NOVA ERA	9	307,94	138,63	169,31	2.771,46	1.247,67
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	NOVA ERA	4	207,94	138,63	69,31	831,76	554,52
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	NOVA ERA	56	420,00	138,63	281,37	23.520,00	7.763,28
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	NOVA ERA	83	320,00	138,63	181,37	26.560,00	11.506,29
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	NOVA ERA	2	130,14	86,75	43,39	260,28	173,50
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	3	130,14	86,76	43,38	390,42	260,28
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	2	130,14	86,76	43,38	260,28	173,52
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	12	136,50	101,10	35,40	1.638,00	1.213,20
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	NOVA ERA	8	230,00	97,44	132,56	1.840,00	779,52
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	NOVA ERA	181	130,00	97,44	32,56	23.530,00	17.636,64
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	NOVA ERA	1	270,00	0,00	270,00	270,00	0,00
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia) Arterial De Crânio, Venoso De Crânio, Arterial De Pescoço, Venoso De Pescoço, Arterial De Tórax, Venoso De Tórax, Arterial De Abdome Superior, Venoso De Abdome Superior, Arterial De Pelve, Venoso De Pelve, Arterial Pulmonar E Venoso Pulmonal Com Contraste	NOVA ERA	5	600,00	0,00	600,00	3.000,00	0,00
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia) Arterial De Crânio, Venoso De Crânio, Arterial De Pescoço, Venoso De Pescoço, Arterial De Tórax, Venoso De Tórax, Arterial De Abdome Superior, Venoso De Abdome Superior, Arterial De Pelve, Venoso De Pelve, Arterial Pulmonar E Venoso Pulmonal Sem Contraste	NOVA ERA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	NOVA ERA	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos C/Contraste(Bilateral)	NOVA ERA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	NOVA ERA	5	130,00	97,44	32,56	650,00	487,20
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	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Orbitas S/ Contraste (Bilateral)	NOVA ERA	2	130,00	0,00	130,00	260,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	NOVA ERA	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
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	5	230,12	86,75	143,37	1.150,60	433,75
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	18	130,00	86,75	43,25	2.340,00	1.561,50
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/Face C/Contraste	NOVA ERA	1	230,00	86,75	143,25	230,00	86,75
Exame Tc. Sela Túcica C/ Contraste	NOVA ERA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	NOVA ERA	13	304,61	136,41	168,20	3.959,93	1.773,33
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	NOVA ERA	83	204,61	136,41	68,20	16.982,63	11.322,03
Exame Teste Ergométrico	NOVA ERA	1	95,00	30,00	65,00	95,00	30,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	NOVA ERA	28	420,00	48,00	372,00	11.760,00	1.344,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	NOVA ERA	388	3,37	3,37	0,00	1.307,56	1.307,56
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	NOVA ERA	1	127,36	24,24	103,12	127,36	24,24
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	NOVA ERA	2	108,12	37,95	70,17	216,24	75,90
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	NOVA ERA	2	195,89	37,95	157,94	391,78	75,90
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	NOVA ERA	2	64,13	24,20	39,93	128,26	48,40
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	NOVA ERA	49	180,00	24,20	155,80	8.820,00	1.185,80
Exame Us. Obstétrica Por Feto	NOVA ERA	1	58,30	24,20	34,10	58,30	24,20
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	NOVA ERA	1	111,94	39,60	72,34	111,94	39,60
Exame Us. Partes Moles	NOVA ERA	1	58,30	0,00	58,30	58,30	0,00
Exame Us. Próstata Transretal Com Doppler	NOVA ERA	2	195,89	24,20	171,69	391,78	48,40
Exame Us. Transperineal (Compra Direta)	NOVA ERA	1	418,00	0,00	418,00	418,00	0,00
Exame Us.transretal	NOVA ERA	4	52,00	24,20	27,80	247,00	96,80

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	NOVA ERA	2	116,60	24,20	92,40	233,20	48,40
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	NOVA ERA	3	90,00	45,50	44,50	270,00	136,50
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	NOVA ERA	4	250,00	0,00	250,00	1.000,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	NOVA ERA	1	2.128,00	82,28	2.045,72	2.128,00	82,28
Injeção Oftalmológica Injeção De Avastin (1 Olho)	NOVA ERA	24	1.500,00	82,28	1.417,72	36.000,00	1.974,72
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	NOVA ERA	75	21,00	0,00	21,00	1.575,00	0,00
Neurologia Hospitalar NE - Atendimento Na área De Neurologia Para Atendimento A Nível Hospitalar Incluindo A Avaliação Dos Pacientes Internados Pelo SUS.	NOVA ERA	3	2.743,40	0,00	2.743,40	8.230,20	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	NOVA ERA	4	1.166,00	0,00	1.166,00	4.664,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	NOVA ERA	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral	NOVA ERA	54	1.000,00	0,00	1.000,00	54.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral 10 Horas Para Atendimento No Município De Nova Era De 2ª A 6ª Feira De 07:00 às 17:00 Horas	NOVA ERA	53	1.000,00	0,00	1.000,00	53.000,00	0,00
Plantão Plantão Médico Na área De Saúde Mental Com Carga Horária 04 Horas, Com Atendimento No Município De Nova Era	NOVA ERA	32	900,00	0,00	900,00	28.800,00	0,00
Plantão Plantão Médico Na área De Saúde Mental Com Carga Horária 08 Horas, Para Atendimento No Município De Nova Era	NOVA ERA	53	1.800,00	0,00	1.800,00	95.400,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	NOVA ERA	70	320,00	150,00	170,00	22.400,00	10.500,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	NOVA ERA	52	320,00	150,00	170,00	16.640,00	7.800,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	NOVA ERA	2	190,00	24,15	165,85	380,00	48,30
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	NOVA ERA	8	190,00	24,15	165,85	1.520,00	193,20
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	NOVA ERA	32	300,00	150,00	150,00	9.600,00	4.800,00
Procedimento Odontológico Protese Total Maxilar	NOVA ERA	56	300,00	150,00	150,00	16.800,00	8.400,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	NOVA ERA	1.045	30,00	10,90	19,10	32.904,00	11.390,50
Transporte 01 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância Da Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh, Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	37	1.291,20	0,00	1.291,20	47.774,40	0,00
Transporte 01 OBSTETRICA - 2023/2024 - UTI Obstetrica (Gestante) - Remoção Das Cidades Da Micro De Saude De JM E Itabira, Para BH , Municípios Da Região Metropolitana, Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	4	5.050,00	0,00	5.050,00	20.200,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 01 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera E Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	NOVA ERA	5	3.808,00	0,00	3.808,00	19.040,00	0,00
Transporte 02 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância-microrregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Espera, C/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	38	1.420,80	0,00	1.420,80	53.990,40	0,00
Transporte 02 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames, Consultas , Procedimentos E Tratamentos Com Espera, C/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	2	4.008,00	0,00	4.008,00	8.016,00	0,00
Transporte 03 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	2	456,00	0,00	456,00	912,00	0,00
Transporte 03 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem	NOVA ERA	4	2.505,60	0,00	2.505,60	10.022,40	0,00
Transporte 04 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	22	759,60	0,00	759,60	16.711,20	0,00
Transporte 04 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Consultas ,Procedimentos E Tratamento Com Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	5	2.630,00	0,00	2.630,00	13.150,00	0,00
Transporte 07 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância Interna Dentro Da Micro De JM E Itabira, Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Do Paciente.	NOVA ERA	2	546,00	0,00	546,00	1.092,00	0,00
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	16	495,00	0,00	495,00	7.920,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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	46	935,00	0,00	935,00	43.010,00	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	1	275,00	0,00	275,00	275,00	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	4	275,00	0,00	275,00	1.100,00	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.	NOVA ERA	1	330,00	0,00	330,00	330,00	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	1	1.030,00	0,00	1.030,00	1.030,00	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	4	2.760,00	0,00	2.760,00	11.040,00	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	1	1.815,00	0,00	1.815,00	1.815,00	0,00
Transporte 2023 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	15	633,00	0,00	633,00	9.495,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância -Remoção Entre As Cidades De Abrangência Microrregião JM E Itabira Ou Entre Cidades Dentro De Uma Dessas Micro Citadas, Para Realização De Exames C/s Espera, C/s Retorno	NOVA ERA	7	380,00	0,00	380,00	2.660,00	0,00
Transporte 2023 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	71	1.076,00	0,00	1.076,00	76.396,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2023 Ambulância Interna Dentro Da Micro 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 Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Do Paciente.	NOVA ERA	1	1.139,00	0,00	1.139,00	1.139,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância Interna Dentro Da Micro De JM E Itabira, Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Do Paciente.	NOVA ERA	1	1.139,00	0,00	1.139,00	1.139,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância Interna Em Bh, Região Metropolitana, Vale Do Aço E Ponte Nova, Na Hipótese Do Prestador Já Se Encontrar No Município Onde Ocorrerá A Remoção, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Do Paciente.	NOVA ERA	1	317,00	0,00	317,00	317,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância Transporte Não Realizado Após Deslocamento Do Prestador De Sua Sede, Localizada Dentro Da Micro De Saúde De JM E Itabira, Para Outros Municípios Das Micros Citadas.	NOVA ERA	2	456,00	0,00	456,00	912,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância Transporte Não Realizado Após Deslocamento Do Prestador De Sua Sede, Localizada Dentro Da Micro De Saúde De JM E Itabira, Para Prestadores Com Sede No Município Onde Ocorrerá A Transferência.	NOVA ERA	1	190,00	0,00	190,00	190,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância-microrregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Realização De Exames, C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	8	1.184,00	0,00	1.184,00	9.472,00	0,00
Transporte 2023 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	10	3.174,00	0,00	3.174,00	31.740,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem	NOVA ERA	3	2.192,00	0,00	2.192,00	6.576,00	0,00
Transporte Transporte UTI Neonatal (Sem Contrato)	NOVA ERA	1	4.200,00	0,00	4.200,00	4.200,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	RIO PIRACICABA	61	180,00	22,27	157,73	12.384,00	1.358,47
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia (SES)	RIO PIRACICABA	6	180,00	22,27	157,73	1.080,00	133,62
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	RIO PIRACICABA	7	207,00	22,27	184,73	1.449,00	155,89
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsolotomia Posterior (01 Olho)	RIO PIRACICABA	10	231,87	112,77	119,10	2.318,70	1.127,70

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Cirurgia FacoEmulsificação C/Implante De Lente Intra-Ocular Dobrável (ICISMEP)	RIO PIRACICABA	1	863,96	0,00	863,96	863,96	0,00
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	RIO PIRACICABA	6	1.148,00	76,50	1.071,50	6.888,00	459,00
Consulta Acompanhamento E Avaliação De Glaucoma - Icismep	RIO PIRACICABA	3	17,74	0,00	17,74	53,22	0,00
Consulta Atendimento Na área De Avaliação Cirurgia Da Mão Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado.	RIO PIRACICABA	321	62,00	0,00	62,00	21.094,00	0,00
Consulta Atendimento Na Área De Cirurgia Geral Para Atendimento No Município De Rio Piracicaba. Município Distinto Do Contrato	RIO PIRACICABA	89	62,00	10,00	52,00	5.518,00	890,00
Consulta Avaliação No Departamento De Cirurgias Retinianas - Aval. Departamento De Vitrectomia	RIO PIRACICABA	2	95,96	0,00	95,96	191,92	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Estrabismo - ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	71,47	0,00	71,47	71,47	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Retina -Controle De Vitrectomia - (consulta, Mapeamento De Retina, Administração De Medicamentos, Eco-B Se Necessário, Oct Se Necessario) -ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	48,08	0,00	48,08	48,08	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Retina(ICISMEP)	RIO PIRACICABA	4	121,00	0,00	121,00	484,00	0,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	1.084	62,00	10,00	52,00	72.968,00	10.840,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	48	70,00	10,00	60,00	3.360,00	480,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	28	62,00	10,00	52,00	1.736,00	280,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	RIO PIRACICABA	67	57,00	10,00	47,00	3.891,00	670,00
Consulta Consulta Com Especialista Em Glaucoma	RIO PIRACICABA	3	62,00	10,00	52,00	186,00	30,00
Consulta Consulta Com Especialista Em Retina	RIO PIRACICABA	3	62,00	10,00	52,00	186,00	30,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	RIO PIRACICABA	11	57,00	10,00	47,00	648,00	110,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	RIO PIRACICABA	57	57,00	10,00	47,00	3.330,00	570,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	557	62,00	10,00	52,00	36.798,00	5.570,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	79	62,00	10,00	52,00	5.218,00	790,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	155	62,00	10,00	52,00	10.474,00	1.550,00
Consulta Consulta De Visão Subnormal	RIO PIRACICABA	4	380,00	0,00	380,00	1.520,00	0,00
Consulta CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM CATARATA (QUANTIDADE 1) ICISMEP	RIO PIRACICABA	4	86,09	0,00	86,09	344,36	0,00
Consulta Consulta Médica Com Especialista Em Cirurgias Retinianas (quantidade 1) Pós Injeção Intravítreo (ICISMEP)	RIO PIRACICABA	1	85,00	0,00	85,00	85,00	0,00
Consulta CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) - CONTROLE PÓS-OPERATÓRIO	RIO PIRACICABA	1	50,58	0,00	50,58	50,58	0,00
Consulta CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) AVALIAÇÃO CIRURGICA DE GLAUCOMA - ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	53,54	0,00	53,54	53,54	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM GLAUCOMA (QUANTIDADE 1) REAVALIAÇÃO DE GLAUCOMA - ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	57,74	0,00	57,74	57,74	0,00
Consulta CONSULTA MÉDICA COM ESPECIALISTA EM PLÁSTICA OCULAR (QUANTIDADE 1) AVALIAÇÃO NO DEPARTAMENTO DE PLASTICA OCULAR - ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	53,60	0,00	53,60	53,60	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	RIO PIRACICABA	10	57,00	10,00	47,00	594,00	100,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	RIO PIRACICABA	13	62,00	10,00	52,00	830,00	130,00
Consulta Consulta Para Controle Pós-Operatório De Glaucoma - ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	50,58	0,00	50,58	50,58	0,00
Consulta Consulta Para Diagnóstico / Reavaliação De Glaucoma - ICISMEP	RIO PIRACICABA	2	57,74	0,00	57,74	115,48	0,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	RIO PIRACICABA	1	65,50	10,00	55,50	65,50	10,00
Consulta Dermatologia	RIO PIRACICABA	126	57,00	10,00	47,00	7.434,00	1.260,00
Consulta Dermatologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	190	62,00	10,00	52,00	12.628,00	1.900,00
Consulta Endocrinologia	RIO PIRACICABA	42	57,00	10,00	47,00	2.448,00	420,00
Consulta Endocrinologia Fora Do Domicílio	RIO PIRACICABA	219	62,00	10,00	52,00	14.530,00	2.190,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	RIO PIRACICABA	6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Hematologia	RIO PIRACICABA	4	57,00	10,00	47,00	228,00	40,00
Consulta Nefrologia	RIO PIRACICABA	3	57,00	10,00	47,00	171,00	30,00
Consulta Oftalmologia	RIO PIRACICABA	847	34,39	10,00	24,39	30.430,33	8.470,00
Consulta Ortopedia	RIO PIRACICABA	285	57,00	10,00	47,00	16.755,00	2.850,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	124	70,00	10,00	60,00	8.680,00	1.240,00
Consulta Otorrinolaringologia	RIO PIRACICABA	1	57,00	10,00	47,00	57,00	10,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	215	62,00	10,00	52,00	14.162,00	2.150,00
Consulta Proctologia	RIO PIRACICABA	69	57,00	10,00	47,00	4.047,00	690,00
Consulta Traumatologia Distinto Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	102	62,00	10,00	52,00	6.324,00	1.020,00
Consulta Urologia	RIO PIRACICABA	179	57,00	10,00	47,00	10.419,00	1.790,00
Coordenação/Supervisão Rio Piracicaba - Contratação De Empresa Para Prestação De Serviços De Coordenação E Supervisão Na área De Neurologia Para Atendimentos Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi	RIO PIRACICABA	12	990,31	0,00	990,31	11.883,72	0,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	RIO PIRACICABA	933	32,00	40,78	0,00	33.541,00	38.047,74
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	RIO PIRACICABA	2	49,00	61,77	0,00	98,00	123,54
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	31	194,12	64,00	130,12	6.017,72	1.984,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	RIO PIRACICABA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	RIO PIRACICABA	68	21,00	21,00	0,00	1.428,00	1.428,00
Exame Audiometria Vocal / Logoaudiometria (LDV - IRF - LRF)	RIO PIRACICABA	68	26,25	26,25	0,00	1.785,00	1.785,00
Exame Biópsia Aspirativa	RIO PIRACICABA	39	25,32	0,00	25,32	1.112,60	0,00
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	91	104,50	40,00	64,50	9.509,50	3.640,00
Exame CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA* (Icismep)	RIO PIRACICABA	1	40,00	0,00	40,00	40,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	RIO PIRACICABA	2	518,10	408,52	109,58	1.036,20	817,04
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	RIO PIRACICABA	2	518,10	383,07	135,03	1.036,20	766,14
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	RIO PIRACICABA	3	195,00	190,99	4,01	585,00	572,97
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	RIO PIRACICABA	2	225,00	133,03	91,97	450,00	266,06
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	RIO PIRACICABA	621	13,00	13,72	0,00	8.073,00	8.520,12
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	RIO PIRACICABA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Colonoscopia	RIO PIRACICABA	61	550,00	112,66	437,34	37.866,00	6.872,26
Exame Colonoscopia (SES)	RIO PIRACICABA	6	550,00	112,66	437,34	3.300,00	675,96
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	RIO PIRACICABA	23	100,00	0,00	100,00	2.300,00	0,00
Exame Core Biopsy	RIO PIRACICABA	3	300,00	140,00	160,00	900,00	420,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	83	104,00	10,11	93,89	8.632,00	839,13
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	RIO PIRACICABA	69	120,00	55,10	64,90	8.280,00	3.801,90
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	RIO PIRACICABA	36	155,00	39,60	115,40	5.580,00	1.425,60
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	RIO PIRACICABA	32	155,00	39,60	115,40	4.960,00	1.267,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	RIO PIRACICABA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Ilíacas	RIO PIRACICABA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	RIO PIRACICABA	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	RIO PIRACICABA	12	175,00	39,60	135,40	2.100,00	475,20
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	RIO PIRACICABA	115	155,00	39,60	115,40	17.825,00	4.554,00
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	RIO PIRACICABA	110	155,00	39,60	115,40	17.050,00	4.356,00
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	RIO PIRACICABA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	RIO PIRACICABA	74	225,00	67,86	157,14	16.650,00	5.021,64
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico*	RIO PIRACICABA	44	185,00	67,86	117,14	9.180,00	2.985,84
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	RIO PIRACICABA	14	293,66	67,86	225,80	4.111,24	950,04
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico (SES)	RIO PIRACICABA	8	185,00	67,86	117,14	1.480,00	542,88
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	RIO PIRACICABA	19	105,99	24,20	81,79	2.013,81	459,80
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	RIO PIRACICABA	8	15,80	5,15	10,65	126,40	41,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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	18	130,00	11,34	118,66	2.340,00	204,12
Exame Eletroneuromiografia De M I D	RIO PIRACICABA	3	168,00	27,00	141,00	504,00	81,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	RIO PIRACICABA	3	168,00	27,00	141,00	504,00	81,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	RIO PIRACICABA	11	168,00	27,00	141,00	1.848,00	297,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	RIO PIRACICABA	11	168,00	27,00	141,00	1.848,00	297,00
Exame Endoscopia Digestiva Alta	RIO PIRACICABA	183	216,00	48,16	167,84	38.542,00	8.813,28
Exame Escanometria Mmii	RIO PIRACICABA	1	39,00	7,77	31,23	39,00	7,77
Exame Esclerose De Varizes Esofagianas Ou Ligadura Elástica De Varizes Com Calibre Fino Ou Com Calibre Grosso (endoscopia Digestiva Alta + Esclerose De Varizes Esofagianas Ou Ligadura Elástica De Varizes)	RIO PIRACICABA	1	575,00	0,00	575,00	575,00	0,00
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	RIO PIRACICABA	3	242,00	165,24	76,76	726,00	495,72
Exame Estudo Urodinâmico	RIO PIRACICABA	8	250,00	7,62	242,38	2.000,00	60,96
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	RIO PIRACICABA	21	90,00	45,50	44,50	1.890,00	955,50
Exame Fotocoagulação - ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	107,61	0,00	107,61	107,61	0,00
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	RIO PIRACICABA	15	257,50	107,61	149,89	3.862,50	1.614,15
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	79	31,00	6,74	24,26	2.449,00	532,46
Exame Holter 24 Horas	RIO PIRACICABA	11	100,00	30,00	70,00	1.124,00	330,00
Exame Impedanciometria	RIO PIRACICABA	65	23,00	23,00	0,00	1.495,00	1.495,00
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	RIO PIRACICABA	8	228,72	45,00	183,72	1.829,76	360,00
Exame Mamografia Bilateral	RIO PIRACICABA	291	90,00	45,00	45,00	26.190,00	13.095,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	RIO PIRACICABA	86	51,00	45,00	6,00	4.386,00	3.870,00
Exame Mamografia Unilateral	RIO PIRACICABA	19	90,00	22,50	67,50	855,00	427,50
Exame Mamografia Unilateral - CISMEPI - SES	RIO PIRACICABA	1	51,00	22,50	28,50	51,00	22,50
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	RIO PIRACICABA	9	112,00	10,07	101,93	1.044,00	90,63
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	RIO PIRACICABA	2	24,24	24,24	0,00	48,48	48,48
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	RIO PIRACICABA	847	24,24	24,24	0,00	20.531,28	20.531,28
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	3	216,00	24,24	191,76	648,00	72,72
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	3	63,25	3,37	59,88	189,75	10,11
Exame Paquimetria (01 Olho)	RIO PIRACICABA	166	61,33	14,81	46,52	10.180,78	2.458,46
Exame Paracentese De Câmara Anterior - ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	109,75	0,00	109,75	109,75	0,00
Exame Pet Scan Ct	RIO PIRACICABA	1	3.300,00	0,00	3.300,00	3.300,00	0,00
Exame Polipectomia (endoscopia Digestiva Alta + Polipectomia)	RIO PIRACICABA	1	368,00	29,84	338,16	368,00	29,84
Exame Polissonografia	RIO PIRACICABA	1	500,00	125,00	375,00	500,00	125,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	RIO PIRACICABA	44	120,00	6,36	113,64	5.280,00	279,84
Exame Punção Da Tireóide (paaf De Tireóide) Com Anestésico, Guiada Por US	RIO PIRACICABA	2	835,00	23,73	811,27	1.670,00	47,46
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	RIO PIRACICABA	3	190,00	23,73	166,27	570,00	71,19
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	RIO PIRACICABA	2	190,00	66,48	123,52	380,00	132,96
Exame Ressonância Magnética De Abdômen 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	1	1.000,00	268,75	731,25	1.000,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	RIO PIRACICABA	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	RIO PIRACICABA	33	500,00	268,75	231,25	16.500,00	8.868,75
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	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	RIO PIRACICABA	16	500,00	268,75	231,25	8.000,00	4.300,00
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	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Mama (Unilateral)	RIO PIRACICABA	3	500,00	0,00	500,00	1.500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De órbitas	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	RIO PIRACICABA	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral)	RIO PIRACICABA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
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	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Retinografia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	85	74,50	24,68	49,82	6.332,50	2.097,80
Exame Retirada De Poliectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	RIO PIRACICABA	4	173,00	13,63	159,37	692,00	54,52
Exame Retirada De Poliectomia Para O Procedimento De Endoscopia	RIO PIRACICABA	2	150,00	29,84	120,16	322,00	59,68
Exame Rx Abdômem Simples: Ap	RIO PIRACICABA	1	23,60	7,17	16,43	23,60	7,17
Exame Rx Antebraço (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	21,24	6,42	14,82	21,24	6,42

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Rx Articulação Coxo-femural(unilateral)	RIO PIRACICABA	2	25,96	7,77	18,19	51,92	15,54
Exame Rx Bacia	RIO PIRACICABA	1	22,42	7,77	14,65	22,42	7,77
Exame Rx Braço (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	24,78	7,77	17,01	49,56	15,54
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	RIO PIRACICABA	2	180,54	47,76	132,78	361,08	95,52
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To+ Obliquo	RIO PIRACICABA	1	41,30	8,33	32,97	41,30	8,33
Exame Rx Coluna Dorsal : Ap + Lateral	RIO PIRACICABA	2	27,14	9,16	17,98	54,28	18,32
Exame Rx Coluna Lombo-sacra Ou Lombar	RIO PIRACICABA	7	29,50	10,96	18,54	206,50	76,72
Exame Rx Coluna Torácica	RIO PIRACICABA	1	23,00	9,16	13,84	23,00	9,16
Exame Rx Cotovelo (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	20,06	5,90	14,16	20,06	5,90
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	6	21,24	6,78	14,46	127,44	40,68
Exame Rx Joelho Ou Rótula: Ap + Lat + Axial Patelar (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	33,04	7,16	25,88	66,08	14,32
Exame Rx Mão E Punhos Para Idade óssea (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	29,50	6,00	23,50	59,00	12,00
Exame Rx Pe Ou Pododactilos (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	21,24	6,78	14,46	21,24	6,78
Exame Rx Quadril	RIO PIRACICABA	2	22,42	7,77	14,65	44,84	15,54
Exame Rx Seios Da Face: Fn + Mn + Lat	RIO PIRACICABA	1	24,78	0,00	24,78	24,78	0,00
Exame Rx Tórax :p A	RIO PIRACICABA	6	17,70	6,88	10,82	106,20	41,28
Exame Rx Tórax :pa + Lateral	RIO PIRACICABA	26	22,42	9,50	12,92	582,92	247,00
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	RIO PIRACICABA	3	307,94	138,63	169,31	923,82	415,89
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	RIO PIRACICABA	20	420,00	138,63	281,37	8.400,00	2.772,60
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	RIO PIRACICABA	49	320,00	138,63	181,37	15.680,00	6.792,87
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	11	136,50	101,10	35,40	1.501,50	1.112,10
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	RIO PIRACICABA	5	230,00	97,44	132,56	1.150,00	487,20
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	RIO PIRACICABA	132	130,00	97,44	32,56	17.160,00	12.862,08
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia) Arterial De Crânio, Venoso De Crânio, Arterial De Pescoço, Venoso De Pescoço, Arterial De Tórax, Venoso De Tórax, Arterial De Abdome Superior, Venoso De Abdome Superior, Arterial De Pelve, Venoso De Pelve, Arterial Pulmonar E Venoso Pulmonar Com Contraste	RIO PIRACICABA	9	600,00	0,00	600,00	5.400,00	0,00
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochados/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	RIO PIRACICABA	1	130,00	97,44	32,56	130,00	97,44
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	RIO PIRACICABA	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	RIO PIRACICABA	3	307,94	138,63	169,31	923,82	415,89
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	RIO PIRACICABA	3	207,94	138,63	69,31	623,82	415,89

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	RIO PIRACICABA	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	RIO PIRACICABA	2	130,12	86,75	43,37	260,24	173,50
Exame Tc. Seios Da Face Axial E Conoxial	RIO PIRACICABA	1	240,00	86,75	153,25	240,00	86,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	RIO PIRACICABA	12	130,00	86,75	43,25	1.560,00	1.041,00
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/Face C/Contraste	RIO PIRACICABA	2	230,00	86,75	143,25	460,00	173,50
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	RIO PIRACICABA	9	304,61	136,41	168,20	2.741,49	1.227,69
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	RIO PIRACICABA	52	204,61	136,41	68,20	10.639,72	7.093,32
Exame Teste Ergométrico	RIO PIRACICABA	18	110,00	30,00	80,00	1.725,00	540,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	RIO PIRACICABA	124	420,00	48,00	372,00	52.080,00	5.952,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	RIO PIRACICABA	847	3,37	3,37	0,00	2.854,39	2.854,39
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	6	127,36	24,24	103,12	764,16	145,44
Exame Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 2ª Linha Associada A 3ª Linha - Binocular	RIO PIRACICABA	1	207,36	0,00	207,36	207,36	0,00
Exame ULTRA-SONOGRAFIA DE GLOBO OCULAR / ÓRBITA (MONOCULAR) - ECO B - Icismep	RIO PIRACICABA	3	34,34	0,00	34,34	103,02	0,00
Exame Uretrocistografia	RIO PIRACICABA	1	199,42	52,11	147,31	199,42	52,11
Exame Urodinâmica Completa (Urofloxometria, Cistometria E Estudo Pressão / Fluxo)	RIO PIRACICABA	1	250,00	7,62	242,38	250,00	7,62
Exame Us. Abdomen Inferior (Masculino: Bexiga,próstata,vesícula Seminais; Feminino: Bexiga,útero,ovários E Anexos)	RIO PIRACICABA	1	70,49	24,20	46,29	70,49	24,20
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	RIO PIRACICABA	10	70,49	24,20	46,29	704,90	242,00
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	RIO PIRACICABA	217	108,12	37,95	70,17	23.462,04	8.235,15
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	RIO PIRACICABA	1	195,89	37,95	157,94	195,89	37,95
Exame Us. Articulações	RIO PIRACICABA	1	64,13	24,20	39,93	64,13	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	RIO PIRACICABA	33	84,80	0,00	84,80	2.798,40	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	RIO PIRACICABA	4	64,13	24,20	39,93	256,52	96,80
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	RIO PIRACICABA	3	176,30	24,20	152,10	528,90	72,60
Exame Us. Braço Unilateral	RIO PIRACICABA	1	84,80	24,20	60,60	84,80	24,20
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	RIO PIRACICABA	112	64,13	24,20	39,93	7.182,56	2.710,40
Exame Us. Joelho Unilateral	RIO PIRACICABA	10	58,30	24,20	34,10	583,00	242,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Mamárias (bilateral)	RIO PIRACICABA	33	84,80	24,20	60,60	2.798,40	798,60
Exame Us. Mão (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	58,30	24,20	34,10	116,60	48,40
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	RIO PIRACICABA	59	180,00	24,20	155,80	10.620,00	1.427,80
Exame Us. Obstétrica Por Feto	RIO PIRACICABA	37	58,30	24,20	34,10	2.157,10	895,40
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	RIO PIRACICABA	104	111,94	39,60	72,34	11.641,76	4.118,40
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	RIO PIRACICABA	23	58,30	24,20	34,10	1.340,90	556,60
Exame Us. Ombro Unilateral	RIO PIRACICABA	65	58,30	24,20	34,10	3.789,50	1.573,00
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	RIO PIRACICABA	13	64,13	24,20	39,93	833,69	314,60
Exame Us. Partes Moles	RIO PIRACICABA	3	58,30	0,00	58,30	174,90	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	58,30	24,20	34,10	116,60	48,40
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	RIO PIRACICABA	4	64,13	24,20	39,93	256,52	96,80
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	RIO PIRACICABA	17	58,30	24,20	34,10	991,10	411,40
Exame Us. Punho (unilateral)	RIO PIRACICABA	5	58,30	24,20	34,10	291,50	121,00
Exame Us. Região Inguinal (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	29,15	0,00	29,15	29,15	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	RIO PIRACICABA	39	70,49	24,20	46,29	2.749,11	943,80
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	RIO PIRACICABA	18	58,30	24,20	34,10	1.049,40	435,60
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	RIO PIRACICABA	9	156,71	24,20	132,51	1.410,39	217,80
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	RIO PIRACICABA	10	58,30	24,20	34,10	583,00	242,00
Exame Us. Vias Biliares	RIO PIRACICABA	2	70,49	24,20	46,29	140,98	48,40
Exame Us. Vias Urinárias E Rins C/ Doppler	RIO PIRACICABA	1	156,71	24,20	132,51	156,71	24,20
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	RIO PIRACICABA	41	116,60	24,20	92,40	4.780,60	992,20
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	RIO PIRACICABA	2	90,00	45,50	44,50	180,00	91,00
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	RIO PIRACICABA	3	250,00	0,00	250,00	750,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	RIO PIRACICABA	38	2.128,00	82,28	2.045,72	80.864,00	3.126,64
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentis (Serviço Profissional)	RIO PIRACICABA	1	870,00	82,28	787,72	870,00	82,28
Injeção Oftalmológica Injeção De Avastin (1 Olho)	RIO PIRACICABA	17	1.500,00	82,28	1.417,72	25.500,00	1.398,76
Injeção Oftalmológica INJEÇÃO INTRA - VITREO - ICISMEP	RIO PIRACICABA	1	263,90	0,00	263,90	263,90	0,00
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	RIO PIRACICABA	87	21,00	0,00	21,00	1.827,00	0,00
Neurologia Hospitalar RP - Atendimento Na área De Neurologia Para Atendimento A Nível Hospitalar Incluindo A Avaliação Dos Pacientes Internados Pelo SUS.	RIO PIRACICABA	3	2.303,40	0,00	2.303,40	6.910,20	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	RIO PIRACICABA	7	1.166,00	0,00	1.166,00	8.162,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Anestesia / Laudo Pré Operatório - 12 Horas	RIO PIRACICABA	8	1.166,00	0,00	1.166,00	9.328,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	RIO PIRACICABA	49	1.166,00	0,00	1.166,00	57.134,00	0,00
Plantão Plantão Médico Anestesiata 12 Horas	RIO PIRACICABA	1	1.100,00	0,00	1.100,00	1.100,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas - (Segunda á Quinta-feira - RP)	RIO PIRACICABA	19	1.166,00	0,00	1.166,00	22.154,00	0,00
Plantão Plantão Médico De Cirurgia De Mão, Com Carga Horaria De 08 Horas Para Atendimento No Municipio De Rio Piracicaba.	RIO PIRACICABA	9	1.166,00	0,00	1.166,00	10.494,00	0,00
Plantão Plantão Médico De Cirurgia De Mão, Com Carga Horária De 08 Horas Para Atendimento Nos Municípios Consorciados Do CISMEPI	RIO PIRACICABA	8	1.100,00	0,00	1.100,00	8.800,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	RIO PIRACICABA	133	320,00	150,00	170,00	42.560,00	19.950,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	RIO PIRACICABA	81	320,00	150,00	170,00	25.920,00	12.150,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	RIO PIRACICABA	3	190,00	24,15	165,85	570,00	72,45
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	RIO PIRACICABA	15	190,00	24,15	165,85	2.850,00	362,25
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	RIO PIRACICABA	47	300,00	150,00	150,00	14.100,00	7.050,00
Procedimento Odontológico Protese Total Maxilar	RIO PIRACICABA	98	300,00	150,00	150,00	29.400,00	14.700,00
Transporte 01 OBSTETRICA - 2023/2024 - UTI Obstetrica (Gestante) - Remoção Das Cidades Da Micro De Saude De JM E Itabira, Para BH , Municípios Da Região Metropolitana, Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	1	5.050,00	0,00	5.050,00	5.050,00	0,00
Transporte 01 PEDIATRICA/NEONATAL - 2023/2024 - Pediátrica/Neonatal (Idade 0 Dias á 17 Anos) - Remoção Das Cidades Da Micro De Saúde De Jm E Itabira, Para BH, Municípios Da Região Metropolitana,Vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	1	5.008,80	0,00	5.008,80	5.008,80	0,00
Transporte 01 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera E Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	7	3.808,00	0,00	3.808,00	26.656,00	0,00
Transporte 02 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames, Consultas , Procedimentos E Tratamentos Com Espera, C/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	1	4.008,00	0,00	4.008,00	4.008,00	0,00
Transporte 03 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem	RIO PIRACICABA	3	2.505,60	0,00	2.505,60	7.516,80	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 04 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Consultas ,Procedimentos E Tratamento Com Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	2	2.630,00	0,00	2.630,00	5.260,00	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	2	2.760,00	0,00	2.760,00	5.520,00	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	RIO PIRACICABA	1	2.904,00	0,00	2.904,00	2.904,00	0,00
Transporte 2023 - Pediátrica - Remoção Das Cidades Da Micro De Saúde De Jm E Itabira, Para BH, Municípios Da Região Metropolitana,Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	1	4.174,00	0,00	4.174,00	4.174,00	0,00
Transporte 2023 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	1	1.076,00	0,00	1.076,00	1.076,00	0,00
Transporte 2023 Ambulância-microrregião De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Para Realização De Exames, C/s Espera, C/s Retorno Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	1	1.184,00	0,00	1.184,00	1.184,00	0,00
Transporte 2023 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	7	3.174,00	0,00	3.174,00	22.218,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames C/s Espera, C/s Retorno	RIO PIRACICABA	5	3.340,00	0,00	3.340,00	16.700,00	0,00
Transporte 2023 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	11	2.088,00	0,00	2.088,00	22.968,00	0,00
Transporte UTI NEONATAL - SEM CONTRATO - MEDICARE	RIO PIRACICABA	1	3.080,00	0,00	3.080,00	3.080,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	30	180,00	22,27	157,73	6.048,00	668,10
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia (SES)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	180,00	22,27	157,73	540,00	66,81
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	207,00	22,27	184,73	1.449,00	155,89

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	1.148,00	76,50	1.071,50	1.148,00	76,50
Cirurgia Procedimento Cirúrgico Ortopédico (Placa Bloqueada Tíbia Distal, Parafuso Bloqueado Cortical 3.5 Em Aço, Parafuso Cortical 3.5 Em Aço)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	1.624,88	0,00	1.624,88	1.624,88	0,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	64,00	25,00	39,00	256,00	100,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	771	62,00	10,00	52,00	51.538,00	7.710,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	51	70,00	10,00	60,00	3.570,00	510,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	38	62,00	10,00	52,00	2.356,00	380,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	77	57,00	10,00	47,00	4.440,00	770,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	57,00	10,00	47,00	171,00	30,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	52	57,00	10,00	47,00	3.033,00	520,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	185	62,00	10,00	52,00	12.254,00	1.850,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	41	62,00	10,00	52,00	2.686,00	410,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	114	62,00	10,00	52,00	7.644,00	1.140,00
Consulta Consulta Médica Em Atenção Especializada (Gastroenterologia) Icismep	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	46,00	0,00	46,00	46,00	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	57,00	10,00	47,00	345,00	60,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	23	62,00	10,00	52,00	1.466,00	230,00
Consulta Dermatologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	161	57,00	10,00	47,00	9.399,00	1.610,00
Consulta Endocrinologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	100	57,00	10,00	47,00	5.853,00	1.000,00
Consulta Endocrinologia Fora Do Domicílio	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	60,00	10,00	50,00	60,00	10,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Hematologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	57,00	10,00	47,00	114,00	20,00
Consulta Nefrologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	57,00	10,00	47,00	228,00	40,00
Consulta Oftalmologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	106	34,39	10,00	24,39	3.654,34	1.060,00
Consulta Ortopedia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	284	57,00	10,00	47,00	16.686,00	2.840,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	780	62,00	10,00	52,00	51.536,00	7.800,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	174	62,00	10,00	52,00	11.460,00	1.740,00
Consulta Proctologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	68	57,00	10,00	47,00	3.981,00	680,00
Consulta Urologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	179	57,00	10,00	47,00	10.425,00	1.790,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Coordenação/Supervisão São Domingos Do Prata - Contratação De Empresa Para Prestação De Serviços De Coordenação E Supervisão Na área De Neurologia Para Atendimentos Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	1.214,55	0,00	1.214,55	14.574,60	0,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	396	32,00	40,78	0,00	14.262,00	16.148,88
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	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	17	21,00	21,00	0,00	357,00	357,00
Exame Audiometria Vocal / Logoaudiometria (LDV - IRF - LRF)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	17	26,25	26,25	0,00	446,25	446,25
Exame Biópsia Aspirativa	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	29,00	0,00	29,00	406,00	0,00
Exame Biópsia Transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	228,00	202,81	25,19	1.548,00	1.216,86
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	104,50	40,00	64,50	313,50	120,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	1.600,00	0,00	1.600,00	3.200,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	518,10	408,52	109,58	2.590,50	2.042,60
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	518,10	383,07	135,03	2.590,50	1.915,35
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	225,00	133,03	91,97	225,00	133,03
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	400,00	18,00	382,00	1.200,00	54,00
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	SÃO DOMINGOS DO PRATA	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	30	550,00	112,66	437,34	18.492,00	3.379,80
Exame Colonoscopia (SES)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	550,00	112,66	437,34	1.650,00	337,98
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	59	100,00	0,00	100,00	5.900,00	0,00
Exame Core Biopsy	SÃO DOMINGOS DO PRATA	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)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	104,00	10,11	93,89	208,00	20,22
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	SÃO DOMINGOS DO PRATA	15	120,00	55,10	64,90	1.800,00	826,50
Exame Dopplerfluxometria	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	58,30	0,00	58,30	58,30	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	155,00	39,60	115,40	1.550,00	396,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	155,00	39,60	115,40	1.550,00	396,00
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan De Carótidas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	175,00	39,60	135,40	2.275,00	514,80
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	72	155,00	39,60	115,40	11.160,00	2.851,20
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	78	155,00	39,60	115,40	12.090,00	3.088,80
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	280,00	0,00	280,00	840,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ecodoppler cardiograma Transtorácico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	68	225,00	67,86	157,14	15.300,00	4.614,48
Exame Ecodoppler cardiograma Transtorácico*	SÃO DOMINGOS DO PRATA	21	185,00	67,86	117,14	4.205,00	1.425,06
Exame Ecodoppler cardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	293,66	67,86	225,80	2.055,62	475,02
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	105,99	24,20	81,79	211,98	48,40
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	15,80	5,15	10,65	47,40	15,45
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	190,00	25,00	165,00	760,00	100,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	130,00	11,34	118,66	1.690,00	147,42
Exame Eletroneuromiografia De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	168,00	27,00	141,00	1.008,00	162,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	168,00	27,00	141,00	336,00	54,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	168,00	27,00	141,00	504,00	81,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	19,00	13,51	5,49	38,00	27,02
Exame Endoscopia Digestiva Alta	SÃO DOMINGOS DO PRATA	179	187,00	48,16	138,84	38.432,00	8.620,64
Exame Estudo Urodinâmico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	250,00	7,62	242,38	1.250,00	38,10
Exame Exame Imunohistoquímico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	600,00	131,52	468,48	600,00	131,52
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	22	90,00	45,50	44,50	1.980,00	1.001,00
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	257,50	107,61	149,89	257,50	107,61
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	31,00	6,74	24,26	62,00	13,48
Exame Impedanciometria	SÃO DOMINGOS DO PRATA	17	23,00	23,00	0,00	391,00	391,00
Exame Mamografia Bilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	23	90,00	45,00	45,00	2.070,00	1.035,00
Exame Mamografia Bilateral - CISMEPI - SES	SÃO DOMINGOS DO PRATA	63	51,00	45,00	6,00	3.213,00	2.835,00
Exame Mamografia Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	90,00	22,50	67,50	180,00	90,00
Exame Mamografia Unilateral - CISMEPI - SES	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	51,00	22,50	28,50	51,00	22,50
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	24,24	24,24	0,00	24,24	24,24
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	106	24,24	24,24	0,00	2.569,44	2.569,44
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	216,00	24,24	191,76	216,00	24,24
Exame Paquimetria (01 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	61,33	14,81	46,52	367,98	88,86
Exame Polissonografia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	125,00	375,00	1.000,00	250,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	19	120,00	6,36	113,64	2.280,00	120,84
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	190,00	23,73	166,27	190,00	23,73
Exame Punção De Mama (paaf Mama) Com Anestésico, Guiada Por US	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	835,00	66,48	768,52	835,00	66,48
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tiróide / Paratireoide / Parótida / Glândulas Salivares	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

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)	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	5	1.000,00	268,75	731,25	5.000,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
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 Cervical Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	SÃO DOMINGOS DO PRATA	30	500,00	268,75	231,25	15.000,00	8.062,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	450,00	268,75	181,25	900,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	450,00	268,75	181,25	900,00	537,50
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 Crânio / Encéfalo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	34	500,00	268,75	231,25	17.000,00	9.137,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (unilateral)infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	450,00	268,75	181,25	900,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Mama (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Mão (unilateral) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
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	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	16	500,00	268,75	231,25	8.000,00	4.300,00
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
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	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Retinografia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	74,50	24,68	49,82	223,50	74,04
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	173,00	13,63	159,37	173,00	13,63

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	172,00	29,84	142,16	344,00	59,68
Exame Retossigmoidoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	200,00	23,13	176,87	200,00	23,13
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	29	420,00	138,63	281,37	12.180,00	4.020,27
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	70	320,00	138,63	181,37	22.400,00	9.704,10
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	130,14	86,76	43,38	1.561,68	1.041,12
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	130,14	86,76	43,38	390,42	260,28
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	136,50	101,10	35,40	1.911,00	1.415,40
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	159	130,00	97,44	32,56	20.670,00	15.492,96
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	270,00	0,00	270,00	270,00	0,00
Exame Tc. Dinâmica (Angiotomografia) Arterial De Crânio, Venoso De Crânio, Arterial De Pescoço, Venoso De Pescoço, Arterial De Tórax, Venoso De Tórax, Arterial De Abdome Superior, Venoso De Abdome Superior, Arterial De Pelve, Venoso De Pelve, Arterial Pulmonar E Venoso Pulmonal Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	600,00	0,00	600,00	7.800,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos C/Contraste(Bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Orbitas S/ Contraste (Bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	130,00	0,00	130,00	130,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	307,94	138,63	169,31	615,88	277,26
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	207,94	138,63	69,31	623,82	415,89
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. 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	1	240,00	86,75	153,25	240,00	86,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	130,00	86,75	43,25	780,00	520,50
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	304,61	136,41	168,20	1.827,66	818,46
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	204,61	136,41	68,20	5.729,08	3.819,48
Exame Teste Ergométrico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	110,00	30,00	80,00	1.390,00	420,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	420,00	48,00	372,00	2.520,00	288,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	106	3,37	3,37	0,00	357,22	357,22
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	127,36	24,24	103,12	254,72	48,48
Exame Uretrocistografia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	199,42	52,11	147,31	398,84	104,22

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Abdomen Inferior (Masculino: Bexiga,próstata,vesícula Seminais; Feminino: Bexiga,útero,ovários E Anexos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	70,49	24,20	46,29	70,49	24,20
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	70,49	24,20	46,29	352,45	121,00
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	178	108,12	37,95	70,17	19.245,36	6.755,10
Exame Us. Articulações	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	64,13	24,20	39,93	192,39	72,60
Exame Us. Axilas (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	36	84,80	0,00	84,80	3.052,80	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	64,13	24,20	39,93	64,13	24,20
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	176,30	24,20	152,10	528,90	72,60
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	64,13	24,20	39,93	128,26	48,40
Exame US. Coxa Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	84,80	24,20	60,60	254,40	72,60
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	119	64,13	24,20	39,93	7.631,47	2.879,80
Exame Us. Estruturas Superficiais	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	58,30	0,00	58,30	116,60	0,00
Exame Us. Joelho Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	58,30	24,20	34,10	408,10	169,40
Exame Us. Mamárias (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	49	84,80	24,20	60,60	4.155,20	1.185,80
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	87	180,00	24,20	155,80	15.660,00	2.105,40
Exame Us. Obstétrica Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	86	58,30	24,20	34,10	5.013,80	2.081,20
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	44	111,94	39,60	72,34	4.925,36	1.742,40
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	30	58,30	24,20	34,10	1.749,00	726,00
Exame Us. Ombro Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	42	58,30	24,20	34,10	2.448,60	1.016,40
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	64,13	24,20	39,93	577,17	217,80
Exame Us. Partes Moles	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	58,30	0,00	58,30	408,10	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	58,30	24,20	34,10	116,60	48,40
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	64,13	24,20	39,93	448,91	169,40
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	37	58,30	24,20	34,10	2.157,10	895,40
Exame Us. Punho (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	58,30	24,20	34,10	291,50	121,00
Exame Us. Quadril (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	58,30	24,20	34,10	58,30	24,20
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	58,30	0,00	58,30	233,20	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	SÃO DOMINGOS DO PRATA	58	70,49	24,20	46,29	4.088,42	1.403,60
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	SÃO DOMINGOS DO PRATA	11	58,30	24,20	34,10	641,30	266,20
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	156,71	24,20	132,51	2.037,23	314,60
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	58,30	24,20	34,10	58,30	24,20
Exame Us.transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	52,00	24,20	27,80	351,00	145,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

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	21	116,60	24,20	92,40	2.448,60	508,20
Exame Vídeo (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	90,00	45,50	44,50	630,00	318,50
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentes	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	2.128,00	82,28	2.045,72	2.128,00	82,28
Laudo Laudo Para Mamografia (digitalizadora)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	64	21,00	0,00	21,00	1.344,00	0,00
Neurologia Hospitalar SDP - Atendimento Na área De Neurologia Para Atendimento A Nível Hospitalar Incluindo A Avaliação Dos Pacientes Internados Pelo SUS.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	2.736,80	0,00	2.736,80	8.210,40	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral - 2ª A 6ª Feira - 07:00 às 17:00 / No Centro De Atenção Psicossocial , Rua: Antônio Caetano De Souza , Nº 43, Centro/SDP	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	1.000,00	0,00	1.000,00	4.000,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	1.166,00	0,00	1.166,00	13.992,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas - (Segunda á Quinta-feira - RP)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	23	1.100,00	0,00	1.100,00	26.422,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	19	1.000,00	0,00	1.000,00	19.000,00	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 CENTRO DE SAÚDE ROMULO GOMES LIMA, MUNICÍPIO DE SÃO DOMINGOS DO PRATA.COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 20 USUÁRIOS	SÃO DOMINGOS DO PRATA	76	1.600,00	0,00	1.600,00	121.600,00	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	73	1.600,00	0,00	1.600,00	116.800,00	0,00
Transporte 01 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel- Microrregião De Saúde De Jm E Itabira Para Bh, Municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova, Sem Espera E Sem Retorno Do Paciente Para A Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	3.808,00	0,00	3.808,00	30.464,00	0,00
Transporte 02 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames, Consultas , Procedimentos E Tratamentos Com Espera, C/s Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	4.008,00	0,00	4.008,00	4.008,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 03 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas, Sem Espera, E Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	2.505,60	0,00	2.505,60	7.516,80	0,00
Transporte 04 UTI - 2023/2024 - Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Consultas ,Procedimentos E Tratamento Com Espera Com Ou Sem Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	2.630,00	0,00	2.630,00	7.890,00	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	2	2.760,00	0,00	2.760,00	5.520,00	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	SÃO DOMINGOS DO PRATA	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	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	1.815,00	0,00	1.815,00	9.075,00	0,00
Transporte 2023 - Pediátrica - Remoção Das Cidades Da Micro De Saúde De Jm E Itabira, Para BH, Municípios Da Região Metropolitana,Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	4.174,00	0,00	4.174,00	8.348,00	0,00
Transporte 2023 - UTI NEONATAL / PEDIATRICA (SEM CONTRATO) - MEDICARE	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	6.160,00	0,00	6.160,00	12.320,00	0,00
Transporte 2023 Neo Natal - Remoção Entre As Cidades De Abrangência Da Micro De JM E Itabira, Para BH,municípios Da Região Metropolitana, Vale Do Aço E Ponte Nova, Com Ou Sem Espera, Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem. Tudo Com Ou Sem Espera, E/ou, Tudo Com Ou Sem Retorno Para A Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	4.174,00	0,00	4.174,00	4.174,00	0,00
Transporte 2023 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	6	3.174,00	0,00	3.174,00	19.044,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira Para Bh,municípios Da Região Metropolitana De Bh,vale Do Aço E Ponte Nova Para Realização De Exames C/s Espera, C/s Retorno	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	3.340,00	0,00	3.340,00	3.340,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2023 à 31/12/2023

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 2023 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	5	2.088,00	0,00	2.088,00	10.440,00	0,00
Transporte 2023 Uti Móvel-microrregião Jm E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micro Citadas Para Realização De Exames, Com Ou S/espera E/ou Com Ou Sem Retorno Para Cidade De Origem	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	2.192,00	0,00	2.192,00	8.768,00	0,00
Transporte Medicare - 2023 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	2	2.640,00	0,00	2.640,00	5.280,00	0,00
Transporte Transporte UTI Neonatal (Sem Contrato)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	4.200,00	0,00	4.200,00	4.200,00	0,00
TOTAL GERAL		101.320				11.233.096,12	2.691.295,77