

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	34	207,00	22,27	184,73	7.038,00	757,18
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	BELA VISTA DE MINAS	6	207,00	22,27	184,73	1.242,00	133,62
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	18	243,04	112,77	130,27	4.374,72	2.029,86
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	22	878,31	771,60	106,71	19.322,82	16.975,20
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	BELA VISTA DE MINAS	1	1.148,00	76,50	1.071,50	1.148,00	76,50
Cirurgia OPME Em Cirurgias De Urgência E Emergência	BELA VISTA DE MINAS	1	67,75	0,00	67,75	67,75	0,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	2	67,08	25,00	42,08	134,16	50,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	604	70,00	10,00	60,00	43.960,00	6.040,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	62	75,00	10,00	65,00	4.650,00	620,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	56	70,00	10,00	60,00	4.125,00	560,00
Consulta Consulta Cardiologia	BELA VISTA DE MINAS	11	65,00	10,00	55,00	715,00	110,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	BELA VISTA DE MINAS	54	60,00	10,00	50,00	3.430,00	540,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	BELA VISTA DE MINAS	53	60,00	10,00	50,00	3.300,00	530,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	501	70,00	10,00	60,00	36.550,00	5.010,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	52	70,00	10,00	60,00	3.870,00	520,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	BELA VISTA DE MINAS	8	70,00	10,00	60,00	575,00	80,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	BELA VISTA DE MINAS	15	60,00	10,00	50,00	935,00	150,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	BELA VISTA DE MINAS	41	70,00	10,00	60,00	2.970,00	410,00
Consulta CONSULTAS PRÉ/PÓS OPERATÓRIAS CIRÚRGICAS E RISCO CIRÚRGICO PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS DO CISMEPI	BELA VISTA DE MINAS	93	70,00	10,00	60,00	6.510,00	930,00
Consulta Dermatologia	BELA VISTA DE MINAS	339	60,00	10,00	50,00	21.460,00	3.390,00
Consulta Dermatologia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	18	70,00	10,00	60,00	1.260,00	180,00
Consulta Endocrinologia	BELA VISTA DE MINAS	142	60,00	10,00	50,00	8.940,00	1.420,00
Consulta Gastroenterologia	BELA VISTA DE MINAS	17	65,00	10,00	55,00	1.105,00	170,00
Consulta Oftalmologia	BELA VISTA DE MINAS	635	37,39	10,00	27,39	26.647,65	6.350,00
Consulta Ortopedia	BELA VISTA DE MINAS	617	60,00	10,00	50,00	38.935,00	6.170,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	BELA VISTA DE MINAS	263	70,00	10,00	60,00	19.090,00	2.630,00
Consulta Otorrinolaringologia	BELA VISTA DE MINAS	203	60,00	10,00	50,00	12.800,00	2.030,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Proctologia	BELA VISTA DE MINAS	30	60,00	10,00	50,00	1.940,00	300,00
Consulta Urologia	BELA VISTA DE MINAS	7	60,00	10,00	50,00	450,00	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	849	37,00	40,78	0,00	33.105,00	34.622,22
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	BELA VISTA DE MINAS	4	49,00	61,77	0,00	199,00	247,08
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	1	203,47	64,00	139,47	203,47	64,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	600,00	0,00	600,00	600,00	0,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	BELA VISTA DE MINAS	78	21,00	21,00	0,00	1.638,00	1.638,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	BELA VISTA DE MINAS	72	26,25	26,25	0,00	1.890,00	1.890,00
Exame Biópsia Aspirativa	BELA VISTA DE MINAS	13	29,00	0,00	29,00	398,00	0,00
Exame Biópsia Transretal	BELA VISTA DE MINAS	3	288,00	202,81	85,19	1.398,00	608,43
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	3	109,53	40,00	69,53	328,59	120,00
Exame Cintilografia De Paratireóide	BELA VISTA DE MINAS	1	325,00	324,54	0,46	325,00	324,54
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	BELA VISTA DE MINAS	5	518,10	408,52	109,58	2.590,50	2.042,60
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	BELA VISTA DE MINAS	5	518,10	383,07	135,03	2.590,50	1.915,35
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 Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	BELA VISTA DE MINAS	1	225,00	133,03	91,97	225,00	133,03
Exame Colangiressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	3	600,00	268,75	331,25	1.800,00	806,25
Exame Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	34	633,00	112,66	520,34	22.798,00	3.830,44
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	BELA VISTA DE MINAS	11	100,00	0,00	100,00	1.100,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	BELA VISTA DE MINAS	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Exame Core Biopsy	BELA VISTA DE MINAS	4	300,00	140,00	160,00	1.200,00	560,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	2	109,01	10,11	98,90	218,02	20,22
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	BELA VISTA DE MINAS	9	125,78	55,10	70,68	1.132,02	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	6	155,00	39,60	115,40	930,00	237,60
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	BELA VISTA DE MINAS	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan De Aorta E Ilíacas	BELA VISTA DE MINAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	BELA VISTA DE MINAS	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	BELA VISTA DE MINAS	9	175,00	39,60	135,40	1.575,00	356,40
Exame Duplex Scan De Vasos Cervicais Venoso Bilateral / Veias Subclávias / Jugular	BELA VISTA DE MINAS	1	175,00	39,60	135,40	175,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	BELA VISTA DE MINAS	46	155,00	39,60	115,40	7.130,00	1.821,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	BELA VISTA DE MINAS	47	155,00	39,60	115,40	7.285,00	1.861,20
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	BELA VISTA DE MINAS	83	225,00	67,86	157,14	19.425,00	5.632,38
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	BELA VISTA DE MINAS	3	293,66	67,86	225,80	880,98	203,58
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	10	111,09	24,20	86,89	1.110,90	242,00
Exame Eletroencefalograma	BELA VISTA DE MINAS	8	130,00	11,34	118,66	1.040,00	90,72
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	BELA VISTA DE MINAS	5	190,00	25,00	165,00	950,00	125,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	BELA VISTA DE MINAS	6	130,00	11,34	118,66	780,00	68,04
Exame Eletroneuromiografia De Face	BELA VISTA DE MINAS	1	168,00	27,00	141,00	168,00	27,00
Exame Eletroneuromiografia De M I D	BELA VISTA DE MINAS	7	168,00	27,00	141,00	1.176,00	189,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	BELA VISTA DE MINAS	7	168,00	27,00	141,00	1.176,00	189,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	BELA VISTA DE MINAS	11	168,00	27,00	141,00	1.848,00	297,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	BELA VISTA DE MINAS	11	168,00	27,00	141,00	1.848,00	297,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	BELA VISTA DE MINAS	1	19,00	13,51	5,49	19,00	13,51
Exame Endoscopia Digestiva Alta	BELA VISTA DE MINAS	190	216,00	48,16	167,84	43.491,00	9.150,40
Exame Escanometria Mmii	BELA VISTA DE MINAS	1	39,00	7,77	31,23	39,00	7,77
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	BELA VISTA DE MINAS	1	242,00	165,24	76,76	242,00	165,24
Exame Estudo Urodinâmico	BELA VISTA DE MINAS	16	250,00	7,62	242,38	4.000,00	121,92
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	BELA VISTA DE MINAS	73	90,00	45,50	44,50	7.260,00	3.321,50
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	1	269,91	107,61	162,30	269,91	107,61
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	2	32,49	6,74	25,75	64,98	13,48
Exame Holter 24 Horas	BELA VISTA DE MINAS	9	106,00	30,00	76,00	954,00	270,00
Exame Holter De Eventos	BELA VISTA DE MINAS	1	920,00	0,00	920,00	920,00	0,00
Exame Impedanciometria	BELA VISTA DE MINAS	74	23,00	23,00	0,00	1.702,00	1.702,00
Exame Linfocintilografia	BELA VISTA DE MINAS	2	145,00	141,33	3,67	290,00	282,66
Exame Mamografia Bilateral	BELA VISTA DE MINAS	171	90,00	45,00	45,00	15.390,00	7.695,00
Exame Mamografia Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	5	90,00	22,50	67,50	225,00	112,50
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	BELA VISTA DE MINAS	3	25,40	24,24	1,16	76,20	72,72
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	BELA VISTA DE MINAS	635	24,24	24,24	0,00	15.392,40	15.392,40
Exame Paquimetria (01 Olho)	BELA VISTA DE MINAS	8	64,28	14,81	49,47	514,24	118,48

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Polissonografia	BELA VISTA DE MINAS	11	450,00	125,00	325,00	4.950,00	1.375,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	BELA VISTA DE MINAS	19	125,78	6,36	119,42	2.389,82	120,84
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	BELA VISTA DE MINAS	1	190,00	23,73	166,27	190,00	23,73
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	BELA VISTA DE MINAS	1	190,00	66,48	123,52	190,00	66,48
Exame Raio X Panorâmico Coluna	BELA VISTA DE MINAS	7	125,00	0,00	125,00	875,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Com Contraste)	BELA VISTA DE MINAS	1	600,00	268,75	331,25	600,00	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 Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	1.100,00	268,75	831,25	1.100,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De ATM (Bilateral) Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	BELA VISTA DE MINAS	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	3	600,00	268,75	331,25	1.800,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	BELA VISTA DE MINAS	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Sem Sedação	BELA VISTA DE MINAS	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coração Infantil (0 A 15 Anos) Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	650,00	361,25	288,75	650,00	361,25
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (Unilateral) Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	BELA VISTA DE MINAS	12	500,00	268,75	231,25	6.000,00	3.225,00
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	5	600,00	268,75	331,25	3.000,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
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 Joelho (Unilateral) Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Mão (unilateral) Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral) Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Sem Contraste	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 Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	600,00	268,75	331,25	1.200,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pescoço	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Quadril (Unilateral) Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Com Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Sem Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Retinografia (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	2	78,09	24,68	53,41	156,18	49,36
Exame Retirada De Poliectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	BELA VISTA DE MINAS	2	173,00	13,63	159,37	346,00	27,26
Exame Retirada De Poliectomia Para O Procedimento De Endoscopia	BELA VISTA DE MINAS	5	172,00	29,84	142,16	860,00	149,20
Exame Rx Abdomem Simples: Ap	BELA VISTA DE MINAS	4	23,60	7,17	16,43	94,40	28,68
Exame Rx Abdomem: Ap+lat Ou Localizada	BELA VISTA DE MINAS	1	28,32	10,73	17,59	28,32	10,73
Exame Rx Antebraço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	14	21,24	6,42	14,82	297,36	89,88
Exame Rx Arcos Costais	BELA VISTA DE MINAS	3	26,14	8,37	17,77	78,42	25,11
Exame Rx Arcos Costais - Cláusula 50%	BELA VISTA DE MINAS	1	13,07	8,37	4,70	13,07	8,37
Exame Rx Articulação Coxo-femural(unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	40	25,96	7,77	18,19	1.038,40	310,80
Exame Rx Articulação Escapulo Umeral	BELA VISTA DE MINAS	2	22,42	7,40	15,02	44,84	14,80
Exame Rx Articulação Sacro-iliacas	BELA VISTA DE MINAS	1	23,60	7,77	15,83	23,60	7,77
Exame Rx Articulação Tíbio Társica (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	20,06	6,50	13,56	40,12	13,00
Exame Rx Bacia	BELA VISTA DE MINAS	22	22,42	7,77	14,65	493,24	170,94
Exame Rx Braço (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	3	24,78	7,77	17,01	74,34	23,31
Exame Rx Calcaneo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	16	20,06	6,50	13,56	320,96	104,00
Exame Rx Cavum : Lateral+hirtz	BELA VISTA DE MINAS	1	22,42	6,88	15,54	22,42	6,88
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	44	23,60	8,19	15,41	1.038,40	360,36
Exame Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To+ Obliquo	BELA VISTA DE MINAS	1	41,30	8,33	32,97	41,30	8,33

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Rx Coluna Lombo-sacra Ou Lombar	BELA VISTA DE MINAS	130	29,50	10,96	18,54	3.835,00	1.424,80
Exame Rx Coluna Torácica	BELA VISTA DE MINAS	16	23,00	9,16	13,84	368,00	146,56
Exame Rx Cotovelo (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	15	20,06	5,90	14,16	300,90	88,50
Exame Rx Coxa (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	4	27,14	8,94	18,20	108,56	35,76
Exame Rx Crânio : Pa+lat+bretton	BELA VISTA DE MINAS	7	24,78	9,15	15,63	173,46	64,05
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	154	21,24	6,78	14,46	3.270,96	1.044,12
Exame Rx Joelho Ou Rótula: Ap + Lat + Axial Patelar (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	10	33,04	7,16	25,88	330,40	71,60
Exame Rx Mão E Punhos Para Idade óssea (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	29,50	6,00	23,50	29,50	6,00
Exame Rx Mão Ou Quirodáctilos (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	71	20,06	6,30	13,76	1.424,26	447,30
Exame Rx Omoplata Ou Ombro Funcional (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	76	22,42	7,98	14,44	1.703,92	606,48
Exame Rx Ossos Da Face Mn+fn+lateral+hirtz	BELA VISTA DE MINAS	2	27,14	8,38	18,76	54,28	16,76
Exame Rx Pé - Antepé Ou Podáctilos (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	52	21,24	6,78	14,46	1.104,48	352,56
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	4	22,42	0,00	22,42	89,68	0,00
Exame Rx Perna (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	13	22,42	8,94	13,48	291,46	116,22
Exame Rx Punho Ap +perfil	BELA VISTA DE MINAS	34	22,42	0,00	22,42	762,28	0,00
Exame Rx Punho Ap+lateral+obliqua (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	22,42	6,91	15,51	44,84	13,82
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	7	25,96	7,77	18,19	181,72	54,39
Exame Rx Sacro-coccix	BELA VISTA DE MINAS	1	25,96	7,80	18,16	25,96	7,80
Exame Rx Seios Da Face Fn+mn+lateral+hirtz	BELA VISTA DE MINAS	8	24,78	7,32	17,46	198,24	58,56
Exame Rx Seios Da Face: Fn + Mn + Lat	BELA VISTA DE MINAS	2	24,78	0,00	24,78	49,56	0,00
Exame Rx Seios Da Face: Fn+lat	BELA VISTA DE MINAS	8	21,27	0,00	21,27	170,16	0,00
Exame Rx Sela Túrcica Pa+lat+bretton	BELA VISTA DE MINAS	1	24,78	7,20	17,58	24,78	7,20
Exame Rx Tórax :p A	BELA VISTA DE MINAS	41	17,70	6,88	10,82	725,70	282,08
Exame Rx Tórax :pa + Lateral	BELA VISTA DE MINAS	160	22,42	9,50	12,92	3.587,20	1.520,00
Exame Rx Tornozelo Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	62	20,06	0,00	20,06	1.243,72	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 Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	207,94	138,63	69,31	415,88	277,26
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	13	420,00	138,63	281,37	5.460,00	1.802,19
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	8	320,00	138,63	181,37	2.560,00	1.109,04
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	130,14	86,76	43,38	130,14	86,76
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	5	136,50	101,10	35,40	682,50	505,50
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	4	230,00	97,44	132,56	920,00	389,76
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	48	130,00	97,44	32,56	6.240,00	4.677,12

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

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	BELA VISTA DE MINAS	10	600,00	0,00	600,00	6.000,00	0,00
Exame Tc. Mandíbula S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	130,00	86,75	43,25	130,00	86,75
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos C/Contraste(Bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	307,94	138,63	169,31	307,94	138,63
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	207,94	138,63	69,31	207,94	138,63
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	BELA VISTA DE MINAS	2	230,12	86,75	143,37	460,24	173,50
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	BELA VISTA DE MINAS	19	130,00	86,75	43,25	2.470,00	1.648,25
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	1	304,61	136,41	168,20	304,61	136,41
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	BELA VISTA DE MINAS	21	204,61	136,41	68,20	4.296,81	2.864,61
Exame Teste Ergométrico	BELA VISTA DE MINAS	14	95,00	30,00	65,00	1.330,00	420,00
Exame Teste Vestibular	BELA VISTA DE MINAS	4	53,50	12,12	41,38	214,00	48,48
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	BELA VISTA DE MINAS	1	440,24	48,00	392,24	440,24	48,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Disco Óptico Ou Nervo Óptico - 02 OLHOS	BELA VISTA DE MINAS	1	440,24	48,00	392,24	440,24	48,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Macular - 02 OLHOS	BELA VISTA DE MINAS	9	440,24	48,00	392,24	3.962,16	432,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	BELA VISTA DE MINAS	635	3,37	3,37	0,00	2.139,95	2.139,95
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	BELA VISTA DE MINAS	2	133,49	24,24	109,25	266,98	48,48
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	BELA VISTA DE MINAS	5	73,88	24,20	49,68	369,40	121,00
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	BELA VISTA DE MINAS	64	113,33	37,95	75,38	7.253,12	2.428,80
Exame Us. Antebraço	BELA VISTA DE MINAS	1	67,22	24,20	43,02	67,22	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	14	88,88	0,00	88,88	1.244,32	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	BELA VISTA DE MINAS	4	67,22	24,20	43,02	268,88	96,80
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	BELA VISTA DE MINAS	4	181,12	24,20	156,92	724,48	96,80
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	BELA VISTA DE MINAS	60	67,22	24,20	43,02	4.033,20	1.452,00
Exame Us. Glúteo	BELA VISTA DE MINAS	2	61,11	0,00	61,11	122,22	0,00
Exame Us. Mamárias (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	17	88,88	24,20	64,68	1.510,96	411,40
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	18	188,67	24,20	164,47	3.396,06	435,60

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Obstétrica Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	10	61,11	24,20	36,91	611,10	242,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	BELA VISTA DE MINAS	25	140,68	39,60	101,08	3.517,00	990,00
Exame Us. Ombro Unilateral	BELA VISTA DE MINAS	7	61,11	24,20	36,91	427,77	169,40
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	11	67,22	24,20	43,02	739,42	266,20
Exame Us. Partes Moles	BELA VISTA DE MINAS	7	61,11	0,00	61,11	427,77	0,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	BELA VISTA DE MINAS	4	67,22	24,20	43,02	268,88	96,80
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	BELA VISTA DE MINAS	10	61,11	24,20	36,91	611,10	242,00
Exame Us. Quadril (unilateral)	BELA VISTA DE MINAS	2	61,11	24,20	36,91	122,22	48,40
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	BELA VISTA DE MINAS	1	61,11	0,00	61,11	61,11	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	BELA VISTA DE MINAS	28	73,88	24,20	49,68	2.068,64	677,60
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	BELA VISTA DE MINAS	6	61,11	24,20	36,91	366,66	145,20
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	BELA VISTA DE MINAS	2	164,26	24,20	140,06	328,52	48,40
Exame Us.transretal	BELA VISTA DE MINAS	4	65,00	24,20	40,80	740,00	96,80
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	BELA VISTA DE MINAS	18	122,22	24,20	98,02	2.199,96	435,60
Exame Vídeo (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	BELA VISTA DE MINAS	11	100,00	45,50	54,50	1.100,00	500,50
Exame Videoscopia Da Deglutição	BELA VISTA DE MINAS	2	250,00	0,00	250,00	500,00	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	9	1.599,40	0,00	1.599,40	14.394,60	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	BELA VISTA DE MINAS	11	1.166,00	0,00	1.166,00	12.826,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	BELA VISTA DE MINAS	5	1.166,00	0,00	1.166,00	5.830,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	BELA VISTA DE MINAS	58	1.166,00	0,00	1.166,00	67.628,00	0,00
Plantão Plantão Medico Na Especialidade De Nefrologia Fracionado Para O Municipio De Bela Vista De Minas	BELA VISTA DE MINAS	1	194,33	0,00	194,33	194,33	0,00
Plantão Plantão Médico Na Especialidade De Nefrologia Para Atendimento A Pacientes Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi.	BELA VISTA DE MINAS	11	1.166,00	0,00	1.166,00	12.826,00	0,00
Plantão Plantão Na Area De Gastroenterologista, Com Carga Horaria 12 Horas.	BELA VISTA DE MINAS	4	1.166,00	0,00	1.166,00	4.664,00	0,00
Plantão Plantão Na Área De Mastologia, Com Carga Horária 12 Horas (Duas Vezes Por Semana)	BELA VISTA DE MINAS	1	583,00	0,00	583,00	583,00	0,00
Plantão Prestação De Serviços De Enfermagem A Serem Prestados No Presidio De Nova Era (BVM)	BELA VISTA DE MINAS	4	1.033,00	0,00	1.033,00	4.132,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Plantão Prestação De Serviços De Terapeuta Ocupacional Para Atendimento No Município De Bela Vista De Minas	BELA VISTA DE MINAS	8	1.000,00	0,00	1.000,00	8.000,00	0,00
Sessão Atendimento Domiciliares/ Atendimentos Compartilhados/ Atendimentos Coletivos/ Atendimentos Individuais/ Atendimentos Por Meio De Tecnologia Da Informação E Comunicação(TICs), Com Carga Horaria De 04 Horas Diarias.	BELA VISTA DE MINAS	126	102,46	0,00	102,46	12.985,20	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.(Estratégia Saude Da Familia)(FISIOTERAPIA)	BELA VISTA DE MINAS	181	121,47	0,00	121,47	22.257,42	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 06 Horas Diárias.(Centro De Saude Aurelio Teixeira Cotta)(FISIOTERAPIA)	BELA VISTA DE MINAS	180	121,47	0,00	121,47	22.131,90	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.(Estratégia Saude Da Familia)(PSICOLOGIA)	BELA VISTA DE MINAS	141	160,98	0,00	160,98	22.778,73	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	472	160,98	0,00	160,98	77.545,23	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	276	161,61	0,00	161,61	45.531,44	0,00
Sessão Fisioterapia (BVM)	BELA VISTA DE MINAS	12	2.794,00	0,00	2.794,00	32.131,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	BELA VISTA DE MINAS	818	42,00	10,90	31,10	34.356,00	8.916,20
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	15	1.291,20	0,00	1.291,20	19.368,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 01 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	11	1.338,97	0,00	1.338,97	14.728,67	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	3	5.050,00	0,00	5.050,00	15.150,00	0,00
Transporte 01 OBSTETRICA - 2024/2025 - 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	1	5.236,85	0,00	5.236,85	5.236,85	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	2	5.008,80	0,00	5.008,80	10.017,60	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.	BELA VISTA DE MINAS	6	3.808,00	0,00	3.808,00	22.848,00	0,00
Transporte 01 UTI - 2024/2025 - 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	5	3.948,89	0,00	3.948,89	19.744,45	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	13	1.420,80	0,00	1.420,80	18.470,40	0,00
Transporte 02 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	17	1.473,36	0,00	1.473,36	25.047,12	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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	3	4.008,00	0,00	4.008,00	12.024,00	0,00
Transporte 02 UTI - 2024/2025 - 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	4.156,29	0,00	4.156,29	4.156,29	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.	BELA VISTA DE MINAS	2	456,00	0,00	456,00	912,00	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	8	759,60	0,00	759,60	6.076,80	0,00
Transporte 04 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	10	787,70	0,00	787,70	7.877,00	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.	BELA VISTA DE MINAS	2	2.630,00	0,00	2.630,00	5.260,00	0,00
Transporte 04 UTI - 2024/2025 - 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.	BELA VISTA DE MINAS	2	2.727,31	0,00	2.727,31	5.454,62	0,00
Transporte 05 AMBULANCIA - 2023/2024 - 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	BELA VISTA DE MINAS	3	380,40	0,00	380,40	1.141,20	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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.	BELA VISTA DE MINAS	1	546,00	0,00	546,00	546,00	0,00
Transporte 07 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	3	566,20	0,00	566,20	1.698,60	0,00
Transporte 07 UTI - 2024/2025 - Uti Móvel-remoção Interna Dentro Da Microrregião De Jm E Itabira, Por Prestador Com Sede Em Município Distinto De Onde Ocorrerá A Remoção C/s Espera,c/s Retorno.	BELA VISTA DE MINAS	1	2.078,14	0,00	2.078,14	2.078,14	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	CATAS ALTAS	69	207,00	22,27	184,73	14.283,00	1.536,63
Cirurgia Analgesia Articular	CATAS ALTAS	31	160,00	0,00	160,00	4.960,00	0,00
Cirurgia Blefaroplastia Ambos Os Olhos	CATAS ALTAS	15	3.039,78	203,74	2.836,04	45.596,70	3.056,10
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	CATAS ALTAS	16	243,04	112,77	130,27	3.888,64	1.804,32
Cirurgia Cirurgia De Pterígio (01 Olho)	CATAS ALTAS	10	534,58	209,55	325,03	5.345,80	2.095,50
Cirurgia Cirurgia De Triquiase (01 Olho)	CATAS ALTAS	1	3.668,70	278,90	3.389,80	3.668,70	278,90
Cirurgia Cisto Sinovial	CATAS ALTAS	3	400,00	0,00	400,00	1.200,00	0,00
Cirurgia Excisão De Lesão E/ou Sutura De Ferimento Da Pele Anexos E Mucosa	CATAS ALTAS	6	160,00	23,16	136,84	1.000,00	138,96
Cirurgia Exerese De Tumor De Pele E Anexos / Cisto Sebaceo / Lipoma	CATAS ALTAS	49	160,00	12,46	147,54	8.600,00	610,54
Cirurgia Exerese De Tumor Palpebral (1 Olho) Ou Tumor Palpebral	CATAS ALTAS	1	589,61	22,93	566,68	589,61	22,93
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	44	878,31	771,60	106,71	38.645,64	33.950,40
Cirurgia Postectomia (Catas Altas)	CATAS ALTAS	2	400,00	219,12	180,88	800,00	438,24
Cirurgia Procedimento Cirurgico Pediatrico Hospadia Proximal - Tratamento Em 1 Tempo	CATAS ALTAS	1	9.778,00	0,00	9.778,00	9.778,00	0,00
Cirurgia Punção Articular Ou Analgesia Articular	CATAS ALTAS	32	200,00	0,00	200,00	6.400,00	0,00
Cirurgia Síndrome Túnel Do Carpo	CATAS ALTAS	8	650,00	0,00	650,00	4.866,64	0,00
Cirurgia Transplante Conjuntival (01 Olho)	CATAS ALTAS	10	422,94	0,00	422,94	4.229,40	0,00
Cirurgia Vasectomia (Catas Altas)	CATAS ALTAS	7	450,00	438,87	11,13	3.266,66	3.072,09
Consulta Nefrologia Infantil	CATAS ALTAS	1	250,00	10,00	240,00	250,00	10,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	69	75,00	10,00	65,00	5.175,00	690,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Cardiologia No Municipio De Catas Altas	CATAS ALTAS	397	80,00	10,00	70,00	32.666,00	3.970,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Municipio Distinto Do Contratado	CATAS ALTAS	22	75,00	10,00	65,00	1.650,00	220,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicilio Do Prestador	CATAS ALTAS	37	70,00	10,00	60,00	2.675,00	370,00
Consulta Cirurgião Geral Fora Do Domicilio Do Prestador	CATAS ALTAS	192	70,00	10,00	60,00	13.990,00	1.920,00
Consulta Consulta (Cirurgia Pediatrica)	CATAS ALTAS	1	95,00	0,00	95,00	95,00	0,00
Consulta Consulta Cardiologia	CATAS ALTAS	1	65,00	10,00	55,00	65,00	10,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	CATAS ALTAS	27	60,00	10,00	50,00	1.670,00	270,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	CATAS ALTAS	5	60,00	10,00	50,00	315,00	50,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	CATAS ALTAS	20	60,00	10,00	50,00	1.250,00	200,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	CATAS ALTAS	3	380,00	0,00	380,00	1.140,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicilio Do Contratado	CATAS ALTAS	393	70,00	10,00	60,00	28.555,00	3.930,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	45	70,00	10,00	60,00	3.345,00	450,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	CATAS ALTAS	211	75,00	10,00	65,00	15.825,00	2.110,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado (Catas Altas)	CATAS ALTAS	130	70,00	10,00	60,00	9.100,00	1.300,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	CATAS ALTAS	15	60,00	10,00	50,00	960,00	150,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	CATAS ALTAS	24	70,00	10,00	60,00	1.705,00	240,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	CATAS ALTAS	23	68,65	10,00	58,65	1.578,95	230,00
Consulta Dermatologia	CATAS ALTAS	250	60,00	10,00	50,00	15.765,00	2.500,00
Consulta Endocrinologia	CATAS ALTAS	148	60,00	10,00	50,00	9.265,00	1.480,00
Consulta Oftalmologia	CATAS ALTAS	230	37,39	10,00	27,39	9.724,70	2.300,00
Consulta Oftalmologia (Catas Altas)	CATAS ALTAS	746	37,39	10,00	27,39	29.747,94	7.460,00
Consulta Ortopedia	CATAS ALTAS	2	60,00	10,00	50,00	120,00	20,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	CATAS ALTAS	635	70,00	10,00	60,00	46.765,00	6.350,00
Consulta Otorrinolaringologia	CATAS ALTAS	203	60,00	10,00	50,00	12.730,00	2.030,00
Consulta Proctologia	CATAS ALTAS	3	65,00	10,00	55,00	195,00	30,00
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	70,00	40,80
Exame 25 Hidroxivitamina D #	CATAS ALTAS	1.331	25,00	15,24	9,76	25.827,30	20.284,44
Exame ácido Cítrico #	CATAS ALTAS	2	12,00	2,01	9,99	24,00	4,02

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame ácido Fólico #	CATAS ALTAS	722	20,00	15,65	4,35	13.432,54	11.299,30
Exame ácido Oxálico #	CATAS ALTAS	2	15,00	3,68	11,32	30,00	7,36
Exame ácido úrico #	CATAS ALTAS	86	5,00	1,85	3,15	537,10	159,10
Exame Albumina - Sangue #	CATAS ALTAS	79	5,00	0,00	5,00	463,00	0,00
Exame Aldolase #	CATAS ALTAS	13	7,00	3,68	3,32	91,00	47,84
Exame Aldosterona #	CATAS ALTAS	3	20,00	11,89	8,11	60,00	35,67
Exame Alfa Fetoproteína #	CATAS ALTAS	3	18,00	15,06	2,94	50,00	45,18
Exame Amilase #	CATAS ALTAS	5	5,40	2,25	3,15	25,40	11,25
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	CATAS ALTAS	782	37,00	40,78	0,00	30.680,00	31.889,96
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	CATAS ALTAS	4	49,00	61,77	0,00	205,00	247,08
Exame Androstenediona #	CATAS ALTAS	1	23,93	11,53	12,40	23,93	11,53
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	CATAS ALTAS	5	203,47	64,00	139,47	1.017,35	320,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Com Contraste	CATAS ALTAS	1	600,00	0,00	600,00	600,00	0,00
Exame Anti Endomisio Iga #	CATAS ALTAS	7	28,00	0,00	28,00	196,00	0,00
Exame Anti Endomisio Igg #	CATAS ALTAS	5	28,00	0,00	28,00	140,00	0,00
Exame Anti Hbc Igg #	CATAS ALTAS	9	15,00	18,55	0,00	139,80	166,95
Exame Anti Hbc Igm #	CATAS ALTAS	8	15,00	18,55	0,00	123,00	148,40
Exame Anti Hbc Total #	CATAS ALTAS	7	15,00	18,55	0,00	113,00	129,85
Exame Anti Hbe #	CATAS ALTAS	3	14,00	18,55	0,00	45,86	55,65
Exame Anti Hbs #	CATAS ALTAS	46	14,00	18,55	0,00	768,00	853,30
Exame Anti Hcv #	CATAS ALTAS	81	15,00	18,55	0,00	1.275,00	1.502,55
Exame Anti Microsomal - Anti Tpo #	CATAS ALTAS	41	14,00	17,16	0,00	689,02	703,56
Exame Anti-gad #	CATAS ALTAS	4	70,00	0,00	70,00	283,00	0,00
Exame Anticoagulante Lúpico #	CATAS ALTAS	8	22,00	0,00	22,00	209,96	0,00
Exame Anticorpos Anti (CCP)	CATAS ALTAS	3	60,00	0,00	60,00	180,00	0,00
Exame Anticorpos Anti - Dna Nativo #	CATAS ALTAS	15	12,00	8,67	3,33	213,80	130,05
Exame Anticorpos Anti Ccp #	CATAS ALTAS	14	80,00	0,00	80,00	1.155,86	0,00
Exame Anticorpos Anti Rnp #	CATAS ALTAS	14	20,00	0,00	20,00	316,00	0,00
Exame Anticorpos Anti Sm #	CATAS ALTAS	14	10,00	17,16	0,00	140,00	240,24
Exame Anticorpos Anti Ssa/ La #	CATAS ALTAS	14	22,00	0,00	22,00	308,00	0,00
Exame Anticorpos Anti Ssa/ro #	CATAS ALTAS	17	20,00	18,55	1,45	354,00	315,35
Exame Anticorpos Anti Tireoglobulina #	CATAS ALTAS	3	15,00	17,16	0,00	49,00	51,48
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	677	29,00	30,00	0,00	20.011,72	20.310,00
Exame Anticorpos Dengue Igm #	CATAS ALTAS	934	29,00	20,00	9,00	27.517,32	18.680,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Anticorpos Inibidores Do Tsh -trab #	CATAS ALTAS	12	15,00	0,00	15,00	198,00	0,00
Exame Antiestreptolisina	CATAS ALTAS	2	6,50	2,83	3,67	13,00	5,66
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	CATAS ALTAS	9	21,00	21,00	0,00	189,00	189,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea /óssea) - Catas Altas	CATAS ALTAS	63	27,00	21,00	6,00	1.701,00	1.323,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	CATAS ALTAS	9	26,25	26,25	0,00	236,25	236,25
Exame Audiometria Vocal Logaudiometria (LDV - IRF -LRF) - Catas Altas	CATAS ALTAS	57	23,00	26,25	0,00	1.311,00	1.496,25
Exame B-hcg Quantitativo #	CATAS ALTAS	8	12,00	7,85	4,15	114,00	62,80
Exame Baar (2 Amostras) #	CATAS ALTAS	3	7,00	4,20	2,80	27,00	12,60
Exame Baar (3 Amostras) #	CATAS ALTAS	1	10,00	4,20	5,80	10,00	4,20
Exame Bacterioscopia (b A A R) #	CATAS ALTAS	8	7,00	4,20	2,80	68,00	33,60
Exame Bacterioscopia (gram) #	CATAS ALTAS	62	6,50	2,80	3,70	472,00	173,60
Exame Beta 2 Microgubulinas #	CATAS ALTAS	1	25,00	13,55	11,45	25,00	13,55
Exame Bhcg Qualitativo #	CATAS ALTAS	10	10,00	7,85	2,15	123,31	78,50
Exame Bilirrubina #	CATAS ALTAS	9	5,00	2,01	2,99	45,00	18,09
Exame Biópsia Transretal	CATAS ALTAS	4	555,00	202,81	352,19	2.220,00	811,24
Exame C A 19.9 #	CATAS ALTAS	5	16,00	0,00	16,00	80,00	0,00
Exame C E A #	CATAS ALTAS	35	15,00	13,35	1,65	484,50	467,25
Exame C P K #	CATAS ALTAS	162	11,00	3,68	7,32	1.782,00	596,16
Exame C P K - M B #	CATAS ALTAS	3	19,00	0,00	19,00	45,00	0,00
Exame Ca 125 #	CATAS ALTAS	8	15,00	0,00	15,00	141,00	0,00
Exame Cálcio #	CATAS ALTAS	739	5,00	1,85	3,15	3.695,00	1.367,15
Exame Cálcio Iônico #	CATAS ALTAS	30	7,50	3,51	3,99	236,50	105,30
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	CATAS ALTAS	72	109,53	40,00	69,53	7.886,16	2.880,00
Exame Capacidade De Fixação De Ferro (ctlf) #	CATAS ALTAS	118	13,00	2,01	10,99	1.074,00	237,18
Exame Cardiolipina I G G (Anti) #	CATAS ALTAS	13	26,00	10,00	16,00	270,90	130,00
Exame Cardiolipina I G M (Anti) #	CATAS ALTAS	13	26,00	10,00	16,00	270,90	130,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	CATAS ALTAS	8	1.600,00	0,00	1.600,00	12.800,00	4.380,24
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	CATAS ALTAS	9	518,10	408,52	109,58	4.662,90	3.676,68
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	CATAS ALTAS	9	518,10	383,07	135,03	4.662,90	3.447,63
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	CATAS ALTAS	1	195,00	190,99	4,01	195,00	190,99
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	CATAS ALTAS	4	225,00	133,03	91,97	900,00	532,12
Exame Cistina #	CATAS ALTAS	2	10,61	2,04	8,57	21,22	4,08
Exame Cistinúria #	CATAS ALTAS	1	13,00	2,04	10,96	13,00	2,04
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	CATAS ALTAS	180	13,00	13,72	0,00	2.684,00	2.469,60
Exame Citomegalovírus Igg #	CATAS ALTAS	5	12,00	11,00	1,00	60,00	55,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Citomegalovírus Igm #	CATAS ALTAS	5	12,00	11,61	0,39	60,00	58,05
Exame Citrato Urinário #	CATAS ALTAS	4	10,00	2,01	7,99	88,75	8,04
Exame Clearence De Creatinina #	CATAS ALTAS	4	8,33	3,51	4,82	33,32	14,04
Exame Cloreto #	CATAS ALTAS	71	5,00	1,85	3,15	523,00	131,35
Exame Coagulograma #	CATAS ALTAS	5	16,66	2,73	13,93	83,30	13,65
Exame Colangiografia / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Com Contraste	CATAS ALTAS	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Colangiografia / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Sem Contraste	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Colesterol Hdl #	CATAS ALTAS	861	6,00	3,51	2,49	5.166,00	3.022,11
Exame Colesterol Ldl #	CATAS ALTAS	148	3,00	3,51	0,00	444,00	519,48
Exame Colesterol Total #	CATAS ALTAS	148	5,00	1,85	3,15	886,00	273,80
Exame Colesterol Vldl #	CATAS ALTAS	95	2,70	0,00	2,70	284,40	0,00
Exame Colonoscopia	CATAS ALTAS	71	633,00	112,66	520,34	47.099,00	7.998,86
Exame Combs Indireto #	CATAS ALTAS	34	12,50	2,73	9,77	294,50	92,82
Exame Complemento 3 (C 3) #	CATAS ALTAS	20	13,60	17,16	0,00	272,00	343,20
Exame Complemento 4 (C 4) #	CATAS ALTAS	20	13,60	17,16	0,00	272,00	343,20
Exame Complemento Ch 50 #	CATAS ALTAS	7	30,00	9,25	20,75	140,22	64,75
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	CATAS ALTAS	6	100,00	0,00	100,00	600,00	0,00
Exame Cortisol #	CATAS ALTAS	25	14,80	9,86	4,94	328,60	246,50
Exame Creatinina #	CATAS ALTAS	263	4,80	1,85	2,95	1.570,80	486,55
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdp - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	CATAS ALTAS	60	109,01	10,11	98,90	6.540,60	606,60
Exame Curva Glicêmica #	CATAS ALTAS	1	16,00	3,63	12,37	16,00	3,63
Exame D H E A #	CATAS ALTAS	8	13,90	11,25	2,65	111,20	90,00
Exame Dehidrotestosterona #	CATAS ALTAS	4	16,00	11,71	4,29	64,00	46,84
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	CATAS ALTAS	39	125,78	55,10	70,68	4.905,42	2.148,90
Exame Desidrogenase Láctica - Ldh #	CATAS ALTAS	52	7,00	3,68	3,32	406,00	191,36
Exame Dimero D #	CATAS ALTAS	2	63,00	0,00	63,00	126,00	0,00
Exame Disponibilizar Atendimento On Line Dos Laudos Com Certificação Digital ICP_ BR (Certificado Digital), Através De SOFTWARE	CATAS ALTAS	8	500,00	0,00	500,00	3.750,00	0,00
Exame Dopplerfluxometria	CATAS ALTAS	1	61,11	0,00	61,11	61,11	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	CATAS ALTAS	13	155,00	39,60	115,40	2.015,00	514,80
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	CATAS ALTAS	14	155,00	39,60	115,40	2.170,00	554,40
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	CATAS ALTAS	7	155,00	39,60	115,40	1.085,00	277,20
Exame Duplex Scan De Carótidas	CATAS ALTAS	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	CATAS ALTAS	15	175,00	39,60	135,40	2.625,00	594,00
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	CATAS ALTAS	73	155,00	39,60	115,40	11.315,00	2.890,80
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	CATAS ALTAS	76	155,00	39,60	115,40	11.780,00	3.009,60
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	CATAS ALTAS	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	CATAS ALTAS	2	280,00	0,00	280,00	560,00	0,00
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico	CATAS ALTAS	121	225,00	67,86	157,14	28.425,00	8.211,06
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico (CATAS ALTAS)	CATAS ALTAS	2	225,00	67,86	157,14	450,00	135,72
Exame Ecodopllercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	CATAS ALTAS	17	293,66	67,86	225,80	4.992,22	1.153,62
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	CATAS ALTAS	10	111,09	24,20	86,89	1.110,90	242,00
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	CATAS ALTAS	5	15,80	5,15	10,65	79,00	25,75
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	CATAS ALTAS	1	250,00	25,00	225,00	250,00	25,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	CATAS ALTAS	5	190,00	25,00	165,00	950,00	125,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	CATAS ALTAS	7	130,00	11,34	118,66	910,00	79,38
Exame Eletroforese De Hemoglobina #	CATAS ALTAS	35	18,00	5,41	12,59	599,00	189,35
Exame Eletroforese De Proteínas (soro) #	CATAS ALTAS	24	10,00	4,42	5,58	300,00	106,08
Exame Eletroneuromiografia De M I D	CATAS ALTAS	5	168,00	27,00	141,00	840,00	135,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	CATAS ALTAS	5	168,00	27,00	141,00	840,00	135,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	CATAS ALTAS	18	168,00	27,00	141,00	3.024,00	486,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	CATAS ALTAS	18	168,00	27,00	141,00	3.024,00	486,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	CATAS ALTAS	21	19,00	13,51	5,49	399,00	283,71
Exame Emissões Otoacústicas Evocada Transitória E Produto De Distorção (eoa)	CATAS ALTAS	1	46,88	46,88	0,00	46,88	46,88
Exame Endoscopia Digestiva Alta	CATAS ALTAS	18	235,00	48,16	186,84	4.230,00	866,88
Exame Epstein Baar Igg#	CATAS ALTAS	3	23,00	17,16	5,84	69,00	51,48
Exame Epstein Baar Igm #	CATAS ALTAS	5	23,00	17,16	5,84	115,00	85,80
Exame Espermograma #	CATAS ALTAS	7	20,00	9,70	10,30	119,60	67,90
Exame Esquistossomose Anticorpos Igg -ifi #	CATAS ALTAS	2	16,00	0,00	16,00	32,00	0,00
Exame Estradiol #	CATAS ALTAS	37	12,00	10,15	1,85	441,10	375,55
Exame Estrógeno (E 2) #	CATAS ALTAS	1	11,90	0,00	11,90	11,90	0,00
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	CATAS ALTAS	2	242,00	165,24	76,76	484,00	330,48
Exame Estudo Urodinâmico	CATAS ALTAS	2	250,00	7,62	242,38	500,00	15,24
Exame Exame Direto - Fungos (micológico) #	CATAS ALTAS	17	7,50	0,00	7,50	88,50	0,00
Exame F T A Abs Igg #	CATAS ALTAS	6	20,00	0,00	20,00	120,00	0,00
Exame F T A Abs Igm #	CATAS ALTAS	7	14,00	10,00	4,00	104,00	70,00
Exame Fator Anti Nuclear (Fan) #	CATAS ALTAS	51	11,80	17,16	0,00	736,20	875,16
Exame Fator Reumatóide#	CATAS ALTAS	5	6,00	2,83	3,17	30,00	14,15

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Fator Rh + Du #	CATAS ALTAS	1	4,90	1,37	3,53	4,90	1,37
Exame Ferritina #	CATAS ALTAS	1.217	14,50	15,59	0,00	14.118,50	18.973,03
Exame Ferro Sérico #	CATAS ALTAS	72	4,50	3,51	0,99	486,50	252,72
Exame Fibrinogênio #	CATAS ALTAS	2	8,66	4,60	4,06	17,32	9,20
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	CATAS ALTAS	98	90,00	45,50	44,50	9.460,00	4.459,00
Exame Fosfatase Alcalina #	CATAS ALTAS	14	5,00	2,01	2,99	70,00	28,14
Exame Fósforo #	CATAS ALTAS	9	8,00	1,85	6,15	72,00	16,65
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	CATAS ALTAS	3	269,91	107,61	162,30	809,73	322,83
Exame Frutosamina / Proteína Glicosilada #	CATAS ALTAS	1	8,50	0,00	8,50	8,50	0,00
Exame Fsh#	CATAS ALTAS	80	12,00	7,89	4,11	960,00	631,20
Exame Fta-abs Igg #	CATAS ALTAS	1	14,00	10,00	4,00	14,00	10,00
Exame Gama Gt #	CATAS ALTAS	45	4,00	3,51	0,49	180,00	157,95
Exame Glicose Dextrosol 75g #	CATAS ALTAS	9	6,00	0,00	6,00	54,00	0,00
Exame Glicose Em Jejum #	CATAS ALTAS	171	5,00	1,85	3,15	685,00	316,35
Exame Glicose Pós Prandial #	CATAS ALTAS	2	4,00	1,85	2,15	8,00	3,70
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	61	32,49	6,74	25,75	1.981,89	411,14
Exame Grupo Sanguíneo Abo #	CATAS ALTAS	14	4,90	1,37	3,53	68,60	19,18
Exame Haptoglobina #	CATAS ALTAS	1	9,90	0,00	9,90	9,90	0,00
Exame Hav Igg #	CATAS ALTAS	5	22,00	18,55	3,45	81,50	92,75
Exame Hav Igm #	CATAS ALTAS	2	12,50	18,55	0,00	25,00	37,10
Exame Hbsag #	CATAS ALTAS	51	14,00	18,55	0,00	763,00	946,05
Exame Hemoglobina Glicosilada #	CATAS ALTAS	1.567	12,00	7,86	4,14	17.506,00	12.316,62
Exame Hemograma #	CATAS ALTAS	1.689	8,50	4,11	4,39	10.901,50	6.941,79
Exame Hemossedimentação #	CATAS ALTAS	10	2,00	2,73	0,00	20,00	27,30
Exame Herpes Simples Igg #	CATAS ALTAS	3	17,90	17,16	0,74	53,70	51,48
Exame Herpes Simples Igm #	CATAS ALTAS	3	18,00	17,16	0,84	54,00	51,48
Exame Hiv #	CATAS ALTAS	14	14,90	10,00	4,90	208,60	140,00
Exame Holter 24 Horas	CATAS ALTAS	27	106,00	30,00	76,00	2.862,00	810,00
Exame Htlv 1 E 2 #	CATAS ALTAS	23	25,00	18,55	6,45	483,20	426,65
Exame Ige Específico #	CATAS ALTAS	26	16,00	0,00	16,00	416,00	0,00
Exame Ige Total #	CATAS ALTAS	72	12,00	9,25	2,75	857,20	666,00
Exame Impedanciometria	CATAS ALTAS	9	23,00	23,00	0,00	207,00	207,00
Exame Impedanciometria - Catas Altas	CATAS ALTAS	54	32,00	23,00	9,00	1.728,00	1.242,00
Exame Imunoglobulina (Iga) #	CATAS ALTAS	28	14,00	17,16	0,00	389,30	480,48
Exame Imunoglobulina Igg #	CATAS ALTAS	13	10,00	0,00	10,00	176,80	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Imunoglobulina Igm #	CATAS ALTAS	11	13,90	17,16	0,00	152,90	188,76
Exame índice De Saturação Transferrina #	CATAS ALTAS	49	7,00	0,00	7,00	415,20	0,00
Exame Insulina #	CATAS ALTAS	176	13,00	10,17	2,83	2.273,00	1.789,92
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	CATAS ALTAS	10	239,74	45,00	194,74	2.397,40	450,00
Exame Leishmaniose Imunofluorescência Igg #	CATAS ALTAS	1	13,00	9,25	3,75	13,00	9,25
Exame Leishmaniose Imunofluorescência Igm #	CATAS ALTAS	1	16,00	10,00	6,00	16,00	10,00
Exame Lh #	CATAS ALTAS	65	12,00	8,97	3,03	774,90	583,05
Exame Lípase #	CATAS ALTAS	19	6,00	2,25	3,75	112,70	42,75
Exame Lípidos Totais #	CATAS ALTAS	5	5,90	1,85	4,05	29,50	9,25
Exame Lítio #	CATAS ALTAS	13	8,00	2,25	5,75	128,00	29,25
Exame Magnésio #	CATAS ALTAS	308	5,00	2,01	2,99	1.514,00	619,08
Exame Mamografia Bilateral	CATAS ALTAS	168	90,00	45,00	45,00	15.120,00	7.560,00
Exame Mamografia Unilateral	CATAS ALTAS	7	45,00	22,50	22,50	315,00	157,50
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	CATAS ALTAS	20	118,00	10,07	107,93	2.360,00	201,40
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	CATAS ALTAS	8	25,40	24,24	1,16	203,20	193,92
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	CATAS ALTAS	230	24,24	24,24	0,00	5.575,20	5.575,20
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (Consulta) Catas Altas	CATAS ALTAS	746	24,24	24,24	0,00	18.083,04	18.083,04
Exame Metanefrinas Urinárias #	CATAS ALTAS	2	48,00	0,00	48,00	96,00	0,00
Exame Microalbuminúria #	CATAS ALTAS	215	12,00	8,12	3,88	2.227,20	1.745,80
Exame Mucoproteínas #	CATAS ALTAS	3	10,00	2,01	7,99	30,00	6,03
Exame Paquimetria (01 Olho)	CATAS ALTAS	122	64,28	14,81	49,47	7.842,16	1.806,82
Exame Parasitológico #	CATAS ALTAS	23	5,00	1,65	3,35	115,00	37,95
Exame Parasitológico No Mif #	CATAS ALTAS	1	5,00	1,65	3,35	5,00	1,65
Exame Paratormônio (p T H) #	CATAS ALTAS	74	19,00	43,13	0,00	1.205,00	3.191,62
Exame Peptideo C #	CATAS ALTAS	7	15,00	15,35	0,00	104,50	107,45
Exame Pesquisa De Estreptococos Grupo B #	CATAS ALTAS	23	17,00	0,00	17,00	431,00	0,00
Exame Pesquisa De Sangue Oculto #	CATAS ALTAS	11	2,90	1,65	1,25	31,90	18,15
Exame Plaquetas Manual #	CATAS ALTAS	46	5,00	2,73	2,27	187,00	125,58
Exame Polissonografia	CATAS ALTAS	16	500,00	125,00	375,00	7.400,00	2.000,00
Exame Polissonografia Com CPAP	CATAS ALTAS	2	600,00	125,00	475,00	1.050,00	250,00
Exame Potássio #	CATAS ALTAS	1.217	5,00	1,85	3,15	5.985,60	2.251,45
Exame Progesterona #	CATAS ALTAS	14	12,00	10,22	1,78	155,90	143,08
Exame Prolactina #	CATAS ALTAS	51	12,00	10,15	1,85	563,60	517,65
Exame Proteína C Reativa #	CATAS ALTAS	96	7,00	2,83	4,17	579,00	271,68
Exame Proteínas Totais #	CATAS ALTAS	4	4,00	1,40	2,60	16,00	5,60
Exame Proteínas Totais E Frações #	CATAS ALTAS	45	7,00	1,85	5,15	233,10	83,25

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Proteinúria 24 Hs #	CATAS ALTAS	2	9,00	2,04	6,96	18,00	4,08
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	CATAS ALTAS	50	120,00	6,36	113,64	6.277,44	318,00
Exame Psa Total #	CATAS ALTAS	126	15,00	16,42	0,00	1.890,00	2.068,92
Exame Psa Total/livre #	CATAS ALTAS	105	15,00	16,42	0,00	1.575,00	1.724,10
Exame Raio X Panorâmico Coluna	CATAS ALTAS	2	125,00	0,00	125,00	250,00	0,00
Exame Relação De Proteínas / Creatinina #	CATAS ALTAS	7	13,00	0,00	13,00	90,60	0,00
Exame Renina #	CATAS ALTAS	3	42,00	13,19	28,81	126,00	39,57
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Com Contraste)	CATAS ALTAS	2	600,00	268,75	331,25	1.200,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	CATAS ALTAS	1	1.000,00	268,75	731,25	1.000,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total Com Contraste	CATAS ALTAS	1	1.100,00	268,75	831,25	1.100,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total Sem Contraste	CATAS ALTAS	1	1.000,00	268,75	731,25	1.000,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Braço / Antebraço (Unilateral) Com Contraste	CATAS ALTAS	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Calcanhar (unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	CATAS ALTAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Sem Contraste	CATAS ALTAS	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	CATAS ALTAS	14	500,00	268,75	231,25	7.000,00	3.762,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Sem Contraste	CATAS ALTAS	24	500,00	268,75	231,25	12.000,00	6.450,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Sem Contraste	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (Unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	CATAS ALTAS	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Contraste	CATAS ALTAS	4	600,00	268,75	331,25	2.400,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	CATAS ALTAS	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	CATAS ALTAS	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Sem Contraste	CATAS ALTAS	13	500,00	268,75	231,25	6.500,00	3.493,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	CATAS ALTAS	13	500,00	268,75	231,25	6.500,00	3.493,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	26	500,00	268,75	231,25	13.000,00	6.987,50
Exame Ressonância Magnética De Mão (unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	CATAS ALTAS	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De órbitas	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo	CATAS ALTAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo Com Contraste	CATAS ALTAS	13	600,00	268,75	331,25	7.800,00	3.493,75
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Sem Contraste	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral)	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	CATAS ALTAS	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Quadril (Unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Com Contraste	CATAS ALTAS	2	600,00	268,75	331,25	1.200,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Com Contraste	CATAS ALTAS	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	CATAS ALTAS	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral) Sem Contraste	CATAS ALTAS	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Reticulócitos #	CATAS ALTAS	81	6,00	2,73	3,27	786,00	221,13
Exame Retinografia (2 Olhos)	CATAS ALTAS	56	78,09	24,68	53,41	4.373,04	1.382,08
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	CATAS ALTAS	22	173,00	13,63	159,37	3.806,00	299,86
Exame Rubéola Igg #	CATAS ALTAS	39	13,40	17,16	0,00	506,60	669,24
Exame Rubéola Igm #	CATAS ALTAS	39	13,40	17,16	0,00	506,60	669,24
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	CATAS ALTAS	1	87,32	35,22	52,10	87,32	35,22
Exame Sedação	CATAS ALTAS	1	344,00	15,15	328,85	344,00	15,15
Exame Shbg Globulina Ligadura De Hormônios Sexuais #	CATAS ALTAS	8	14,90	0,00	14,90	119,20	0,00
Exame Sódio #	CATAS ALTAS	228	5,00	1,85	3,15	1.122,00	421,80
Exame Somatomedina C (igf1)#	CATAS ALTAS	7	32,00	15,35	16,65	224,00	107,45
Exame Sondagem Vias Lacrimais (01 Olho) Ou Sondagem Do Canal Lacrimal (01 Olho)	CATAS ALTAS	2	188,67	22,93	165,74	377,34	45,86
Exame Sulf. Dehidroepiandrosterona - Sdhea #	CATAS ALTAS	6	16,60	13,11	3,49	99,60	78,66
Exame T 3 Livre #	CATAS ALTAS	29	12,00	12,54	0,00	267,00	363,66
Exame T 3 Total #	CATAS ALTAS	88	12,00	8,71	3,29	920,00	766,48
Exame T 4 Livre #	CATAS ALTAS	519	12,00	11,60	0,40	5.256,90	6.020,40

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame T 4 Total #	CATAS ALTAS	132	12,00	8,76	3,24	1.350,00	1.156,32
Exame T S H #	CATAS ALTAS	1.560	12,00	8,96	3,04	19.042,14	13.977,60
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	CATAS ALTAS	3	307,94	138,63	169,31	923,82	415,89
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	CATAS ALTAS	6	207,94	138,63	69,31	1.247,64	831,78
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	CATAS ALTAS	15	420,00	138,63	281,37	6.300,00	2.079,45
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	CATAS ALTAS	83	320,00	138,63	181,37	26.560,00	11.506,29
Exame Tc. Articulação De Membro Inferior S/ Contraste	CATAS ALTAS	1	130,14	86,75	43,39	130,14	86,75
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	3	130,14	86,76	43,38	390,42	260,28
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	3	130,14	86,76	43,38	390,42	260,28
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	CATAS ALTAS	18	136,50	101,10	35,40	2.457,00	1.819,80
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	CATAS ALTAS	2	230,00	97,44	132,56	460,00	194,88
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	CATAS ALTAS	114	130,00	97,44	32,56	14.820,00	11.108,16
Exame Tc. De Cada Segmento Adicional Para Coluna	CATAS ALTAS	9	54,40	0,00	54,40	489,60	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	CATAS ALTAS	2	600,00	0,00	600,00	1.200,00	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	6	130,00	97,44	32,56	780,00	584,64
Exame Tc. Ombro S/ Contraste (unilateral)	CATAS ALTAS	4	110,00	86,75	23,25	440,00	347,00
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	CATAS ALTAS	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	CATAS ALTAS	2	307,94	138,63	169,31	615,88	277,26
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	CATAS ALTAS	6	207,94	138,63	69,31	1.247,64	831,78
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares C/Contraste	CATAS ALTAS	1	230,12	86,75	143,37	230,12	86,75
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares S/Contraste	CATAS ALTAS	1	130,12	86,75	43,37	130,12	86,75
Exame Tc. Quadril S/ Contraste (unilateral)	CATAS ALTAS	2	110,00	0,00	110,00	220,00	0,00
Exame Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	CATAS ALTAS	3	130,00	86,75	43,25	390,00	260,25
Exame Tc. Seios Da Face Axial E Conoxial	CATAS ALTAS	1	240,00	86,75	153,25	240,00	86,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	CATAS ALTAS	26	130,00	86,75	43,25	3.380,00	2.255,50

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	CATAS ALTAS	9	304,61	136,41	168,20	2.741,49	1.227,69
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	CATAS ALTAS	56	204,61	136,41	68,20	11.458,16	7.638,96
Exame Tempo De Protrombina #	CATAS ALTAS	25	6,00	2,73	3,27	180,40	68,25
Exame Tempo De Trombop. Parcial #	CATAS ALTAS	17	6,00	0,00	6,00	109,20	0,00
Exame Teste De Ergometrico(CATAS ALTAS)	CATAS ALTAS	8	95,00	30,00	65,00	760,00	240,00
Exame Teste Ergométrico	CATAS ALTAS	23	95,00	30,00	65,00	2.185,00	690,00
Exame Teste Vestibular	CATAS ALTAS	3	53,50	12,12	41,38	160,50	36,36
Exame Testosterona Livre #	CATAS ALTAS	93	20,00	13,11	6,89	1.513,98	1.219,23
Exame Testosterona Total #	CATAS ALTAS	108	12,00	10,43	1,57	1.410,38	1.126,44
Exame Tireoglobulina #	CATAS ALTAS	4	15,00	15,35	0,00	66,00	61,40
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	CATAS ALTAS	19	440,24	48,00	392,24	8.364,56	912,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Disco Óptico Ou Nervo Óptico - 02 OLHOS	CATAS ALTAS	55	440,24	48,00	392,24	24.213,20	2.640,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Macular - 02 OLHOS	CATAS ALTAS	32	440,24	48,00	392,24	14.087,68	1.536,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	CATAS ALTAS	230	3,37	3,37	0,00	775,10	775,10
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (Consulta) Catas Altas	CATAS ALTAS	746	3,37	3,37	0,00	2.514,02	2.514,02
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	CATAS ALTAS	7	133,49	24,24	109,25	934,43	169,68
Exame Toxoplasmose Igg #	CATAS ALTAS	88	12,00	16,97	0,00	1.126,00	1.493,36
Exame Toxoplasmose Igm #	CATAS ALTAS	88	12,00	18,55	0,00	847,24	1.632,40
Exame Transaminase Oxalacética - Tgo #	CATAS ALTAS	55	5,00	2,01	2,99	222,00	110,55
Exame Transaminase Pirúvica - Tgp #	CATAS ALTAS	53	5,00	2,01	2,99	265,00	106,53
Exame Transferrina#	CATAS ALTAS	113	12,00	4,12	7,88	1.467,00	465,56
Exame Transglutamenase Anti Iga #	CATAS ALTAS	15	38,26	0,00	38,26	573,90	0,00
Exame Triglicerides #	CATAS ALTAS	147	5,00	3,51	1,49	590,00	515,97
Exame Troponina #	CATAS ALTAS	2	32,00	0,00	32,00	64,00	0,00
Exame Uréia #	CATAS ALTAS	92	5,00	1,85	3,15	915,00	170,20
Exame Urina Rotina #	CATAS ALTAS	62	4,50	3,70	0,80	610,23	229,40
Exame Urocultura #	CATAS ALTAS	482	15,00	5,62	9,38	8.014,00	2.708,84
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	CATAS ALTAS	11	70,49	24,20	46,29	792,34	266,20
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	CATAS ALTAS	67	108,12	37,95	70,17	7.415,97	2.542,65
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	CATAS ALTAS	1	205,33	37,95	167,38	205,33	37,95
Exame Us. Articulações	CATAS ALTAS	1	64,13	24,20	39,93	64,13	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	CATAS ALTAS	49	84,80	0,00	84,80	4.244,96	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	CATAS ALTAS	5	64,13	24,20	39,93	323,74	121,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	CATAS ALTAS	4	176,30	24,20	152,10	719,66	96,80
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	CATAS ALTAS	8	64,13	24,20	39,93	522,31	193,60
Exame US. Coxa Unilateral	CATAS ALTAS	2	88,88	24,20	64,68	177,76	48,40
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	CATAS ALTAS	63	64,13	24,20	39,93	4.148,34	1.524,60
Exame Us. Endovaginal Com Doppler	CATAS ALTAS	6	116,60	24,20	92,40	705,22	145,20
Exame Us. Estruturas Superficiais	CATAS ALTAS	2	58,30	0,00	58,30	119,41	0,00
Exame Us. Joelho Unilateral	CATAS ALTAS	8	58,30	24,20	34,10	474,83	193,60
Exame Us. Mamárias (bilateral)	CATAS ALTAS	50	84,80	24,20	60,60	4.329,76	1.210,00
Exame Us. Mamas Com Doppler (bilateral)	CATAS ALTAS	1	164,26	24,20	140,06	164,26	24,20
Exame Us. Mão (unilateral)	CATAS ALTAS	4	58,30	24,20	34,10	236,01	96,80
Exame Us. Músculos Com Doppler	CATAS ALTAS	2	156,71	0,00	156,71	313,42	0,00
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	CATAS ALTAS	36	180,00	24,20	155,80	6.714,09	871,20
Exame Us. Obstétrica Por Feto	CATAS ALTAS	27	58,30	24,20	34,10	1.602,20	653,40
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	CATAS ALTAS	18	111,94	39,60	72,34	2.503,50	712,80
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	CATAS ALTAS	5	58,30	24,20	34,10	302,74	121,00
Exame Us. Ombro Unilateral	CATAS ALTAS	39	58,30	24,20	34,10	2.304,61	943,80
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	CATAS ALTAS	7	64,13	24,20	39,93	461,27	169,40
Exame Us. Parede Abdominal Com Doppler	CATAS ALTAS	1	220,00	24,20	195,80	220,00	24,20
Exame Us. Partes Moles	CATAS ALTAS	3	58,30	0,00	58,30	177,71	0,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	CATAS ALTAS	8	64,13	24,20	39,93	525,40	193,60
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	CATAS ALTAS	23	58,30	24,20	34,10	1.357,76	556,60
Exame Us. Prostata Abdominal Com Doppler	CATAS ALTAS	3	156,71	24,20	132,51	470,13	72,60
Exame Us. Punho (unilateral)	CATAS ALTAS	13	58,30	24,20	34,10	769,14	314,60
Exame Us. Quadril (unilateral)	CATAS ALTAS	1	61,11	24,20	36,91	61,11	24,20
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	CATAS ALTAS	6	61,11	0,00	61,11	366,66	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	CATAS ALTAS	59	70,49	24,20	46,29	4.240,27	1.427,80
Exame Us. Tendões (unilateral)	CATAS ALTAS	2	58,30	24,20	34,10	116,60	48,40
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	CATAS ALTAS	9	58,30	24,20	34,10	544,37	217,80
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	CATAS ALTAS	4	156,71	24,20	132,51	649,49	96,80
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	CATAS ALTAS	2	61,11	24,20	36,91	122,22	48,40
Exame Us. Transfontanela	CATAS ALTAS	2	67,22	24,20	43,02	134,44	48,40
Exame Us. Translucência Nucal Com Doppler Por Feto	CATAS ALTAS	1	111,30	0,00	111,30	111,30	0,00
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	CATAS ALTAS	3	67,22	24,20	43,02	201,66	72,60
Exame Us.transretal	CATAS ALTAS	4	225,00	24,20	200,80	900,00	96,80

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	CATAS ALTAS	25	116,60	24,20	92,40	3.044,26	605,00
Exame V D R L #	CATAS ALTAS	24	6,00	2,83	3,17	144,00	67,92
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	CATAS ALTAS	16	90,00	45,50	44,50	1.540,00	728,00
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	CATAS ALTAS	2	250,00	0,00	250,00	500,00	0,00
Exame Vitamina A (retinol) #	CATAS ALTAS	34	50,00	0,00	50,00	1.201,70	0,00
Exame Vitamina B12#	CATAS ALTAS	1.355	12,00	15,24	0,00	17.361,00	20.650,20
Exame Vitamina B6#	CATAS ALTAS	2	72,00	0,00	72,00	144,00	0,00
Exame Zinco #	CATAS ALTAS	103	13,00	15,65	0,00	1.532,39	1.611,95
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Afibercepte Incluindo Medicamento (Eylia)	CATAS ALTAS	11	2.200,00	82,28	2.117,72	24.200,00	5.810,08
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Bevacizumabe Incluindo Medicamento (Avastin)	CATAS ALTAS	7	1.500,00	82,28	1.417,72	10.500,00	3.300,96
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Ranibizumabe Incluindo Medicamento (Lucentis)	CATAS ALTAS	6	2.200,00	627,28	1.572,72	13.200,00	3.763,68
Laudo Disponibilizar Atendimento On Line Dos Laudos Com Certificação Digital ICP_BR (Certificado Digital), Através De SOFTWARE - VOLUMETRIA (100 EXAMES/MÊS)	CATAS ALTAS	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Laudo LAUDO - Rx Abdomem Simples: Ap	CATAS ALTAS	1	28,32	0,00	28,32	28,32	0,00
Laudo LAUDO - Rx Abdomem: Ap+lat Ou Localizada	CATAS ALTAS	3	33,98	0,00	33,98	101,94	0,00
Laudo LAUDO - Rx Antebraço (unilateral)	CATAS ALTAS	9	25,49	0,00	25,49	229,41	0,00
Laudo LAUDO - Rx Arcos Costais	CATAS ALTAS	1	32,57	0,00	32,57	32,57	0,00
Laudo LAUDO - Rx Arcos Zigomáticos - Malar-estiloides: Ap+obl	CATAS ALTAS	4	32,57	0,00	32,57	130,28	0,00
Laudo LAUDO - Rx Articulação Acromioclavicular	CATAS ALTAS	1	29,74	0,00	29,74	29,74	0,00
Laudo LAUDO - Rx Articulação Coxo-femural(unilateral)	CATAS ALTAS	30	31,15	0,00	31,15	934,50	0,00
Laudo LAUDO - Rx Articulação Escapuloumeral	CATAS ALTAS	8	31,15	0,00	31,15	249,20	0,00
Laudo LAUDO - Rx Articulação Temporo-mandibular Bilateral	CATAS ALTAS	1	32,56	0,00	32,56	32,56	0,00
Laudo LAUDO - Rx Articulação Tíbio Társtica (unilateral)	CATAS ALTAS	4	24,07	0,00	24,07	96,28	0,00
Laudo LAUDO - Rx Bacia	CATAS ALTAS	3	31,15	0,00	31,15	93,45	0,00
Laudo LAUDO - Rx Braço (unilateral)	CATAS ALTAS	8	29,74	0,00	29,74	237,92	0,00
Laudo LAUDO - Rx Calcaneo (unilateral)	CATAS ALTAS	13	24,07	0,00	24,07	312,91	0,00
Laudo LAUDO - Rx Cavum : Lateral+hirtz	CATAS ALTAS	18	26,90	0,00	26,90	484,20	0,00
Laudo LAUDO - Rx Clavícula	CATAS ALTAS	2	29,74	0,00	29,74	59,48	0,00
Laudo LAUDO - Rx Coluna Cervical : Ap+ Lat+ To+ Obliquo	CATAS ALTAS	13	49,56	0,00	49,56	644,28	0,00
Laudo LAUDO - Rx Coluna Cervical : Ap+ Lateral+ To Ou Flexão	CATAS ALTAS	13	28,32	0,00	28,32	368,16	0,00
Laudo LAUDO - Rx Coluna Dorsal : AP + LATERAL	CATAS ALTAS	11	33,98	0,00	33,98	373,78	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Laudos LAUDO - Rx Coluna Lombo-sacra Ou Lombar	CATAS ALTAS	61	28,32	0,00	28,32	1.727,52	0,00
Laudos LAUDO - Rx Coluna Torácica	CATAS ALTAS	2	26,90	0,00	26,90	53,80	0,00
Laudos LAUDO - Rx Costelas - Por Hemitorax	CATAS ALTAS	9	32,57	0,00	32,57	293,13	0,00
Laudos LAUDO - Rx Cotovelo (unilateral)	CATAS ALTAS	28	24,07	0,00	24,07	673,96	0,00
Laudos LAUDO - Rx Coxa (unilateral)	CATAS ALTAS	11	32,57	0,00	32,57	358,27	0,00
Laudos LAUDO - Rx Crânio : Pa+lat+bretton	CATAS ALTAS	8	29,74	0,00	29,74	237,92	0,00
Laudos LAUDO - Rx Escapula Ou Ombro - Funcional(unilateral)	CATAS ALTAS	31	26,90	0,00	26,90	833,90	0,00
Laudos LAUDO - Rx Joelho Ap + Lat (unilateral)	CATAS ALTAS	118	39,65	0,00	39,65	4.678,70	0,00
Laudos LAUDO - Rx Joelho Ou Patela: Ap + Lat + Axial Patelar (unilateral)	CATAS ALTAS	5	39,65	0,00	39,65	198,25	0,00
Laudos LAUDO - Rx Mão E Punhos Para Idade óssea (unilateral)	CATAS ALTAS	5	32,57	0,00	32,57	162,85	0,00
Laudos LAUDO - Rx Mão Ou Quirodáctilos (unilateral)	CATAS ALTAS	104	24,07	0,00	24,07	2.503,28	0,00
Laudos LAUDO - Rx Maxilar Inferior Pa+obliqua	CATAS ALTAS	2	29,74	0,00	29,74	59,48	0,00
Laudos LAUDO - Rx Ossos Da Face Mn+fn+lat+hirtz	CATAS ALTAS	9	32,57	0,00	32,57	293,13	0,00
Laudos LAUDO - Rx Pe Ou Pododactilos (unilateral)	CATAS ALTAS	141	25,49	0,00	25,49	3.594,09	0,00
Laudos LAUDO - Rx Pelve / Púbis	CATAS ALTAS	11	31,15	0,00	31,15	342,65	0,00
Laudos LAUDO - Rx Perna (unilateral)	CATAS ALTAS	29	26,90	0,00	26,90	780,10	0,00
Laudos LAUDO - Rx Punho Ap +perfil	CATAS ALTAS	25	26,90	0,00	26,90	672,50	0,00
Laudos LAUDO - Rx Punho Ap+lat+obliquaS (unilateral)	CATAS ALTAS	3	26,90	0,00	26,90	80,70	0,00
Laudos LAUDO - Rx Quadril (bilateral)	CATAS ALTAS	1	29,74	0,00	29,74	29,74	0,00
Laudos LAUDO - Rx Sacro-coccix	CATAS ALTAS	8	31,15	0,00	31,15	249,20	0,00
Laudos LAUDO - Rx Seios Da Face Fn+mn+lat+hirtz	CATAS ALTAS	1	29,74	0,00	29,74	29,74	0,00
Laudos LAUDO - Rx Seios Da Face: Fn + Mn + Lat	CATAS ALTAS	7	29,74	0,00	29,74	208,18	0,00
Laudos LAUDO - Rx Tórax :p A	CATAS ALTAS	2	29,74	0,00	29,74	59,48	0,00
Laudos LAUDO - Rx Tórax :pa + Lat	CATAS ALTAS	341	32,57	0,00	32,57	11.106,37	0,00
Laudos LAUDO - Rx Tornozelo Unilateral	CATAS ALTAS	71	24,07	0,00	24,07	1.708,97	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	CATAS ALTAS	8	1.166,00	0,00	1.166,00	9.328,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	CATAS ALTAS	39	1.166,00	0,00	1.166,00	45.474,00	0,00
Plantão Plantão Médico 6 Horas Semanal Responsabilidade Técnica No Serviço De Radiologia	CATAS ALTAS	15	3.200,00	0,00	3.200,00	46.400,00	0,00
Plantão Plantão Médico Na Especialidade De Nefrologia Para Atendimento A Pacientes Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi.	CATAS ALTAS	7	1.166,00	0,00	1.166,00	8.162,00	0,00
Plantão Plantão Na Area De Gastroenterologista, Com Carga Horaria 12 Horas.	CATAS ALTAS	1	583,00	0,00	583,00	583,00	0,00
Plantão Plantão Na Área De Mastologia, Com Carga Horária 12 Horas (Duas Vezes Por Semana)	CATAS ALTAS	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: 01/01/2024 à 31/12/2024

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	166	75,00	0,00	75,00	12.450,00	0,00
Sessão Fisioterapia Domiciliar Dentro Perímetro Água Quente	CATAS ALTAS	25	60,00	0,00	60,00	1.500,00	0,00
Sessão Fisioterapia Domiciliar Dentro Perímetro Urbano	CATAS ALTAS	127	56,00	0,00	56,00	7.712,00	0,00
Sessão Fisioterapia Ginecologica	CATAS ALTAS	12	45,00	0,00	45,00	600,00	0,00
Sessão Fisioterapia Neurológica	CATAS ALTAS	20	45,00	4,67	40,33	978,00	93,40
Sessão Fisioterapia Neurológica Domiciliar Dentro Perímetro Urbano	CATAS ALTAS	614	60,00	0,00	60,00	38.556,00	0,00
Sessão Fisioterapia Ortopédica	CATAS ALTAS	427	45,00	0,00	45,00	21.561,00	0,00
Sessão Fisioterapia Respiratoria	CATAS ALTAS	6	45,00	0,00	45,00	270,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	CATAS ALTAS	128	42,00	10,90	31,10	5.376,00	1.395,20
Sessão Terapia Fonoaudiologica Individual - Catas Altas	CATAS ALTAS	9	39,00	10,90	28,10	351,00	98,10
Sessão Valor Por KM Rodado Para Atendimento Exclusivo Em Area Rural Com Apresentação Googles Maps(Tendo Como Ponto De Partida Sede Do Contrato Até O Endereço Do Paciente)	CATAS ALTAS	3.532	5,00	0,00	5,00	20.778,00	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.	CATAS ALTAS	21	1.291,20	0,00	1.291,20	27.115,20	0,00
Transporte 01 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	8	1.338,97	0,00	1.338,97	10.711,76	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.	CATAS ALTAS	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.	CATAS ALTAS	3	5.008,80	0,00	5.008,80	15.026,40	0,00
Transporte 01 PEDIATRICA/NEONATAL - 2024/2025 - 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.	CATAS ALTAS	1	5.194,12	0,00	5.194,12	5.194,12	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

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.	CATAS ALTAS	6	3.808,00	0,00	3.808,00	22.848,00	0,00
Transporte 01 UTI - 2024/2025 - 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	2	3.948,89	0,00	3.948,89	7.897,78	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.	CATAS ALTAS	3	1.420,80	0,00	1.420,80	4.262,40	0,00
Transporte 02 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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.	CATAS ALTAS	10	1.473,36	0,00	1.473,36	14.733,60	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.	CATAS ALTAS	1	4.008,00	0,00	4.008,00	4.008,00	0,00
Transporte 02 UTI - 2024/2025 - 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.	CATAS ALTAS	1	4.156,29	0,00	4.156,29	4.156,29	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	18	456,00	0,00	456,00	8.208,00	0,00
Transporte 03 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	17	472,87	0,00	472,87	8.038,79	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

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	CATAS ALTAS	10	2.505,60	0,00	2.505,60	25.056,00	0,00
Transporte 03 UTI - 2024/2025 - 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	4	2.598,30	0,00	2.598,30	10.393,20	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	18	759,60	0,00	759,60	13.672,80	0,00
Transporte 04 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	52	787,70	0,00	787,70	40.960,40	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.	CATAS ALTAS	4	2.630,00	0,00	2.630,00	10.520,00	0,00
Transporte 04 UTI - 2024/2025 - 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	3	2.727,31	0,00	2.727,31	8.181,93	0,00
Transporte 05 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	CATAS ALTAS	1	394,47	0,00	394,47	394,47	0,00
Transporte 06 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	394,47	0,00	394,47	394,47	0,00
Plantão Plantão Médico Na Especialidade De Nefrologia Para Atendimento A Pacientes Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi.	CISCEL	21	1.166,00	0,00	1.166,00	24.486,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	461	207,00	22,27	184,73	95.427,00	10.266,47
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	JOÃO MONLEVADE	39	207,00	22,27	184,73	8.073,00	868,53
Anestesia Sedação Ressonancia (conforme Necessidade De Uso Avaliada Pelo Profissional) (ICISMEP)	JOÃO MONLEVADE	1	191,57	0,00	191,57	191,57	0,00
Cirurgia Blefaroplastia Ambos Os Olhos	JOÃO MONLEVADE	1	3.039,78	203,74	2.836,04	3.039,78	203,74
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	192	243,04	112,77	130,27	46.663,68	21.651,84
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	JOÃO MONLEVADE	4	2.800,00	0,00	2.800,00	11.200,00	0,00
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	JOÃO MONLEVADE	253	878,31	771,60	106,71	222.212,43	195.214,80
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	JOÃO MONLEVADE	51	1.148,00	76,50	1.071,50	58.548,00	3.901,50
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	21	67,08	25,00	42,08	1.408,68	525,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	99	70,00	10,00	60,00	7.105,00	990,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	407	75,00	10,00	65,00	30.525,00	4.070,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicílio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	212	70,00	10,00	60,00	15.420,00	2.120,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	JOÃO MONLEVADE	225	60,00	10,00	50,00	14.345,00	2.250,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	JOÃO MONLEVADE	710	60,00	10,00	50,00	44.635,00	7.100,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	JOÃO MONLEVADE	27	380,00	0,00	380,00	10.260,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	2.311	70,00	10,00	60,00	168.020,00	23.110,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	388	75,00	10,00	65,00	29.100,00	3.880,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	JOÃO MONLEVADE	389	70,00	10,00	60,00	28.010,00	3.890,00
Consulta Consulta De Visão Subnormal	JOÃO MONLEVADE	8	380,00	0,00	380,00	3.040,00	0,00
Consulta Consulta Em Pronto Socorro(Hospital Evangélico) - Medicamentos	JOÃO MONLEVADE	1	405,60	0,00	405,60	405,60	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	JOÃO MONLEVADE	113	60,00	10,00	50,00	6.885,00	1.130,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	JOÃO MONLEVADE	263	70,00	10,00	60,00	19.285,00	2.630,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	JOÃO MONLEVADE	1	68,65	10,00	58,65	68,65	10,00
Consulta Consulta/ Avaliação - Dispensa CTC São Lucas	JOÃO MONLEVADE	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Consulta CONSULTAS PRÉ/PÓS OPERATÓRIAS CIRÚRGICAS E RISCO CIRÚRGICO PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS DO CISMEPI	JOÃO MONLEVADE	244	70,00	10,00	60,00	17.080,00	2.440,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Endocrinologia	JOÃO MONLEVADE	719	60,00	10,00	50,00	46.385,00	7.190,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	JOÃO MONLEVADE	20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Gastroenterologia	JOÃO MONLEVADE	32	65,00	10,00	55,00	2.080,00	320,00
Consulta Nutricionista	JOÃO MONLEVADE	473	32,00	6,30	25,70	17.026,00	2.979,90
Consulta Oftalmologia	JOÃO MONLEVADE	2.835	37,39	10,00	27,39	114.060,65	28.350,00
Consulta Ortopedia	JOÃO MONLEVADE	2.817	60,00	10,00	50,00	177.530,00	28.170,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	349	70,00	10,00	60,00	25.255,00	3.490,00
Consulta Otorrinolaringologia	JOÃO MONLEVADE	291	60,00	10,00	50,00	18.260,00	2.910,00
Consulta Pneumologia	JOÃO MONLEVADE	3	65,00	10,00	55,00	195,00	30,00
Consulta Proctologia	JOÃO MONLEVADE	112	60,00	10,00	50,00	7.270,00	1.120,00
Consulta Urologia	JOÃO MONLEVADE	429	60,00	10,00	50,00	26.785,00	4.290,00
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 Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	92	203,47	64,00	139,47	18.719,24	5.888,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	JOÃO MONLEVADE	6	500,00	0,00	500,00	3.000,00	0,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	11	600,00	0,00	600,00	6.600,00	0,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	16	500,00	0,00	500,00	8.000,00	0,00
Exame Arteriografia Cerebral	JOÃO MONLEVADE	7	2.500,00	0,00	2.500,00	17.500,00	0,00
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	5	87,57	24,24	63,33	437,85	121,20
Exame Biópsia Transretal	JOÃO MONLEVADE	50	555,00	202,81	352,19	25.080,00	10.140,50
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	424	109,53	40,00	69,53	46.440,72	16.960,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	JOÃO MONLEVADE	23	1.600,00	730,04	869,96	36.800,00	16.790,92
Exame Cintilografia De Paratireóide	JOÃO MONLEVADE	2	325,00	324,54	0,46	650,00	649,08
Exame Cintilografia De Segmento ósseo	JOÃO MONLEVADE	1	459,00	0,00	459,00	459,00	0,00
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	JOÃO MONLEVADE	37	518,10	408,52	109,58	19.169,70	15.115,24
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	JOÃO MONLEVADE	37	518,10	383,07	135,03	19.169,70	14.173,59
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	JOÃO MONLEVADE	7	195,00	190,99	4,01	1.365,00	1.336,93
Exame Cintilografia Pulmonar (inalação) Com Mínimo De 02 Projeções	JOÃO MONLEVADE	1	130,00	128,12	1,88	130,00	128,12
Exame Cintilografia Pulmonar (perfusão) - Mínimo 04 Projeções	JOÃO MONLEVADE	1	135,00	130,50	4,50	135,00	130,50
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	JOÃO MONLEVADE	15	225,00	133,03	91,97	3.375,00	1.995,45
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	JOÃO MONLEVADE	21	400,00	18,00	382,00	6.750,00	378,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Clipe Para Hemostasia	JOÃO MONLEVADE	3	220,00	0,00	220,00	660,00	0,00
Exame Colangiressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	6	600,00	268,75	331,25	3.600,00	1.612,50
Exame Colangiressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Colangiressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	JOÃO MONLEVADE	21	500,00	268,75	231,25	10.500,00	5.643,75
Exame Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	500	633,00	112,66	520,34	333.352,00	56.330,00
Exame Colonoscopia Polipectomia De Colon - 2 Clips De Hemostasia	JOÃO MONLEVADE	1	3.250,00	112,66	3.137,34	3.250,00	112,66
Exame Colonoscopia Polipectomia De Colon - 3 Clips De Hemostasia	JOÃO MONLEVADE	1	4.000,00	112,66	3.887,34	4.000,00	112,66
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	JOÃO MONLEVADE	81	100,00	0,00	100,00	8.100,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	JOÃO MONLEVADE	4	200,00	0,00	200,00	800,00	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	20	300,00	140,00	160,00	6.000,00	2.800,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	403	109,01	10,11	98,90	43.931,03	4.074,33
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	JOÃO MONLEVADE	244	125,78	55,10	70,68	30.690,32	13.444,40
Exame Dopplerfluxometria	JOÃO MONLEVADE	20	61,11	0,00	61,11	1.222,20	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	JOÃO MONLEVADE	118	155,00	39,60	115,40	18.290,00	4.672,80
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	JOÃO MONLEVADE	119	155,00	39,60	115,40	18.445,00	4.712,40
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	JOÃO MONLEVADE	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Duplex Scan Arterial De M S E	JOÃO MONLEVADE	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	JOÃO MONLEVADE	25	155,00	39,60	115,40	3.875,00	990,00
Exame Duplex Scan De Aorta E Ilíacas	JOÃO MONLEVADE	4	155,00	39,60	115,40	620,00	158,40
Exame Duplex Scan De Carótidas	JOÃO MONLEVADE	19	155,00	39,60	115,40	2.945,00	752,40
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	JOÃO MONLEVADE	102	175,00	39,60	135,40	17.850,00	4.039,20
Exame Duplex Scan De Vasos Cervicais Venoso Bilateral / Veias Subclávias / Jugular	JOÃO MONLEVADE	6	175,00	39,60	135,40	1.050,00	237,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	JOÃO MONLEVADE	555	155,00	39,60	115,40	86.025,00	21.978,00
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	JOÃO MONLEVADE	574	155,00	39,60	115,40	88.970,00	22.730,40
Exame Duplex Scan Venoso De M S D	JOÃO MONLEVADE	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	JOÃO MONLEVADE	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	JOÃO MONLEVADE	18	280,00	0,00	280,00	5.040,00	0,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	JOÃO MONLEVADE	790	225,00	67,86	157,14	186.900,00	53.609,40
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	JOÃO MONLEVADE	31	293,66	67,86	225,80	9.103,46	2.103,66

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	65	111,09	24,20	86,89	7.220,85	1.573,00
Exame Eletroencefalograma	JOÃO MONLEVADE	3	130,00	11,34	118,66	390,00	34,02
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	JOÃO MONLEVADE	6	250,00	25,00	225,00	1.500,00	150,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	JOÃO MONLEVADE	25	190,00	25,00	165,00	4.750,00	625,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	JOÃO MONLEVADE	53	130,00	11,34	118,66	6.890,00	601,02
Exame Eletroencefalograma De Face	JOÃO MONLEVADE	1	168,00	27,00	141,00	168,00	27,00
Exame Eletroencefalograma De M I D	JOÃO MONLEVADE	56	168,00	27,00	141,00	9.408,00	1.512,00
Exame Eletroencefalograma De M I E	JOÃO MONLEVADE	55	168,00	27,00	141,00	9.240,00	1.485,00
Exame Eletroencefalograma De M S D	JOÃO MONLEVADE	102	168,00	27,00	141,00	17.136,00	2.754,00
Exame Eletroencefalograma De M S E	JOÃO MONLEVADE	99	168,00	27,00	141,00	16.632,00	2.673,00
Exame Eletroencefalograma	JOÃO MONLEVADE	2	800,00	0,00	800,00	1.600,00	0,00
Exame Endoscopia Digestiva Alta	JOÃO MONLEVADE	698	216,00	48,16	167,84	160.895,00	33.615,68
Exame Endoscopia Infantil C/ Sedação	JOÃO MONLEVADE	6	690,00	48,16	641,84	4.380,00	288,96
Exame Escanometria Mmii	JOÃO MONLEVADE	3	39,00	7,77	31,23	117,00	23,31
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	2	575,00	0,00	575,00	1.190,00	0,00
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	JOÃO MONLEVADE	13	242,00	165,24	76,76	3.146,00	2.148,12
Exame Estudo Urodinâmico Por Ultrassonografia*	JOÃO MONLEVADE	1	895,00	0,00	895,00	895,00	0,00
Exame Estudo Urodinâmico	JOÃO MONLEVADE	62	250,00	7,62	242,38	15.500,00	472,44
Exame Exame Imunohistoquímico	JOÃO MONLEVADE	3	1.400,00	131,52	1.268,48	3.550,00	394,56
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	JOÃO MONLEVADE	237	90,00	45,50	44,50	23.400,00	10.783,50
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	436	269,91	107,61	162,30	117.680,76	46.917,96
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	399	32,49	6,74	25,75	12.963,51	2.689,26
Exame Holter 24 Horas	JOÃO MONLEVADE	113	106,00	30,00	76,00	11.978,00	3.390,00
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	JOÃO MONLEVADE	24	239,74	45,00	194,74	5.753,76	1.080,00
Exame Linfocintilografia	JOÃO MONLEVADE	1	145,00	141,33	3,67	145,00	141,33
Exame Mamografia Bilateral	JOÃO MONLEVADE	1.291	90,00	45,00	45,00	116.190,00	58.095,00
Exame Mamografia Unilateral	JOÃO MONLEVADE	236	90,00	22,50	67,50	10.665,00	5.310,00
Exame Manometria Anorretal - ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	4	315,72	0,00	315,72	1.262,88	0,00
Exame Manometria Esofágica	JOÃO MONLEVADE	1	350,00	0,00	350,00	350,00	0,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	JOÃO MONLEVADE	70	118,00	10,07	107,93	8.260,00	704,90
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	JOÃO MONLEVADE	49	25,40	24,24	1,16	1.244,60	1.187,76
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	JOÃO MONLEVADE	2.835	24,24	24,24	0,00	68.720,40	68.720,40
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	2	226,41	24,24	202,17	452,82	48,48

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	1	66,29	3,37	62,92	66,29	3,37
Exame Paquimetria (01 Olho)	JOÃO MONLEVADE	804	64,28	14,81	49,47	51.681,12	11.907,24
Exame Pet Scan Ct	JOÃO MONLEVADE	8	3.300,00	2.107,22	1.192,78	26.400,00	16.857,76
Exame Pet Scan PSMA	JOÃO MONLEVADE	1	4.200,00	0,00	4.200,00	4.200,00	0,00
Exame Ph Metria Esofágica	JOÃO MONLEVADE	1	350,00	0,00	350,00	350,00	0,00
Exame Polissonografia	JOÃO MONLEVADE	68	500,00	125,00	375,00	31.250,00	8.500,00
Exame Polissonografia Com CPAP	JOÃO MONLEVADE	2	450,00	125,00	325,00	900,00	250,00
Exame Potencial Evocado Auditivo De Curta, Média E Longa Latencia(BERA) - Sem Sedação Adulto - ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	11	266,20	0,00	266,20	2.928,20	0,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	JOÃO MONLEVADE	432	125,78	6,36	119,42	54.336,96	2.747,52
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	22	190,00	23,73	166,27	4.180,00	522,06
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	JOÃO MONLEVADE	1	190,00	66,48	123,52	190,00	66,48
Exame Raio X Panorâmico Coluna	JOÃO MONLEVADE	1	125,00	0,00	125,00	125,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação.	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe /Orofaringe / Laringe /Língua / Traqueia / Tiréioide / 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	1	750,00	361,25	388,75	750,00	361,25
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	4	850,00	361,25	488,75	3.400,00	1.445,00
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Com Contraste)	JOÃO MONLEVADE	4	600,00	268,75	331,25	2.400,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Sem Contraste)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação. Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior Com Captação Do Ferro / Quantificação. Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
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

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	JOÃO MONLEVADE	10	1.000,00	268,75	731,25	10.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	18	1.100,00	268,75	831,25	19.800,00	4.837,50
Exame Ressonância Magnética De Atm (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	600,00	0,00	600,00	1.200,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	JOÃO MONLEVADE	21	500,00	268,75	231,25	10.500,00	5.643,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	600,00	268,75	331,25	1.200,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	34	500,00	268,75	231,25	17.000,00	9.137,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	JOÃO MONLEVADE	45	500,00	268,75	231,25	22.500,00	12.093,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	7	600,00	268,75	331,25	4.200,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	109	500,00	268,75	231,25	54.500,00	29.293,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	JOÃO MONLEVADE	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Infantil (0 á 15 Anos) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Cotovelo (Unilateral) Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxa (Unilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (Unilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio (Icismep)	JOÃO MONLEVADE	1	440,00	0,00	440,00	440,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	JOÃO MONLEVADE	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	JOÃO MONLEVADE	2	450,00	268,75	181,25	900,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	68	600,00	268,75	331,25	40.800,00	18.275,00
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	JOÃO MONLEVADE	5	650,00	268,75	381,25	3.250,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	64	500,00	268,75	231,25	32.000,00	17.200,00
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	24	500,00	268,75	231,25	12.000,00	6.450,00
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral) Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	600,00	268,75	331,25	1.200,00	537,50

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Joelho (unilateral) Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	450,00	268,75	181,25	900,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	54	500,00	268,75	231,25	27.000,00	14.512,50
Exame Ressonância Magnética De Mão (unilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	15	500,00	268,75	231,25	7.500,00	4.031,25
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	33	500,00	268,75	231,25	16.500,00	8.868,75
Exame Ressonância Magnética De órbitas	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Órbitas Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	10	600,00	268,75	331,25	6.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral) Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	6	600,00	0,00	600,00	3.600,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais (Bilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo	JOÃO MONLEVADE	29	500,00	268,75	231,25	14.500,00	7.793,75
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	48	600,00	268,75	331,25	28.800,00	12.900,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	14	500,00	268,75	231,25	7.000,00	3.762,50
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral) Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	600,00	0,00	600,00	600,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Quadril (Unilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise)	JOÃO MONLEVADE	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	8	600,00	268,75	331,25	4.800,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	JOÃO MONLEVADE	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Com Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral) Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	9	500,00	268,75	231,25	4.500,00	2.418,75
Exame Retinografia (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	442	78,09	24,68	53,41	34.515,78	10.908,56
Exame Retinografia (pacote) = (Colorida + Fluorese) ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	1	64,00	0,00	64,00	64,00	0,00
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	JOÃO MONLEVADE	99	173,00	13,63	159,37	17.127,00	1.349,37
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	JOÃO MONLEVADE	21	172,00	29,84	142,16	3.612,00	626,64
Exame Retossigmoidoscopia	JOÃO MONLEVADE	12	200,00	23,13	176,87	2.400,00	277,56
Exame Rx Clister Opaco (duplo Contraste)	JOÃO MONLEVADE	1	180,54	47,76	132,78	180,54	47,76
Exame Rx Coluna Lombo-sacra Ou Lombar	JOÃO MONLEVADE	1	29,50	10,96	18,54	29,50	10,96
Exame Rx Coluna Torácica	JOÃO MONLEVADE	1	23,00	9,16	13,84	23,00	9,16
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	JOÃO MONLEVADE	6	87,32	35,22	52,10	523,92	211,32
Exame Rx Histerossalpingografia	JOÃO MONLEVADE	19	186,44	45,34	141,10	5.632,28	861,46
Exame Sedação	JOÃO MONLEVADE	8	344,00	15,15	328,85	2.752,00	121,20
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	14	307,94	138,63	169,31	4.311,16	1.940,82
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	8	207,94	138,63	69,31	1.663,52	1.109,04
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	95	420,00	138,63	281,37	39.900,00	13.169,85
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	77	320,00	138,63	181,37	24.640,00	10.674,51
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	130,14	86,75	43,39	260,28	173,50
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	6	130,14	86,76	43,38	780,84	520,56
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	6	130,14	86,76	43,38	780,84	520,56
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	22	136,50	101,10	35,40	3.003,00	2.224,20
Exame Tc. Coxo Femural C/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	210,00	86,75	123,25	210,00	86,75
Exame Tc. Crânio - ICISMEP	JOÃO MONLEVADE	1	155,65	0,00	155,65	155,65	0,00
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	8	230,00	97,44	132,56	1.840,00	779,52
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	275	130,00	97,44	32,56	35.750,00	26.796,00
Exame Tc. De Cada Segmento Adicional Para Coluna	JOÃO MONLEVADE	2	54,40	0,00	54,40	108,80	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	JOÃO MONLEVADE	170	600,00	0,00	600,00	102.000,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

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 Sem Contraste	JOÃO MONLEVADE	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	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	3	230,00	97,44	132,56	690,00	292,32
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	32	130,00	97,44	32,56	4.160,00	3.118,08
Exame Tc. Ombro S/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Orbitas S/ Contraste (Bilateral)	JOÃO MONLEVADE	3	130,00	0,00	130,00	390,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	4	307,94	138,63	169,31	1.231,76	554,52
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	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	JOÃO MONLEVADE	11	230,12	86,75	143,37	2.531,32	954,25
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 S/ Contraste (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	110,00	0,00	110,00	110,00	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 Axial E Conoxial	JOÃO MONLEVADE	1	240,00	86,75	153,25	240,00	86,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	JOÃO MONLEVADE	43	130,00	86,75	43,25	5.590,00	3.730,25
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	23	304,61	136,41	168,20	7.006,03	3.137,43
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	JOÃO MONLEVADE	211	204,61	136,41	68,20	43.172,71	28.782,51
Exame Teste Ergométrico	JOÃO MONLEVADE	122	95,00	30,00	65,00	11.590,00	3.660,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	1	94,33	12,34	81,99	94,33	12,34
Exame Teste Vestibular	JOÃO MONLEVADE	9	53,50	12,12	41,38	481,50	109,08
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 1 Olho	JOÃO MONLEVADE	4	220,12	0,00	220,12	880,48	0,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	JOÃO MONLEVADE	33	440,24	48,00	392,24	14.527,92	1.584,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Disco Óptico Ou Nervo Óptico - 02 OLHOS	JOÃO MONLEVADE	372	440,24	48,00	392,24	163.769,28	17.856,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Macular - 02 OLHOS	JOÃO MONLEVADE	362	440,24	48,00	392,24	159.366,88	17.376,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	JOÃO MONLEVADE	2.835	3,37	3,37	0,00	9.553,95	9.553,95
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	JOÃO MONLEVADE	20	133,49	24,24	109,25	2.669,80	484,80
Exame Uretrocistografia	JOÃO MONLEVADE	22	199,42	52,11	147,31	4.387,24	1.146,42
Exame Urodinâmica Completa (Urofluxometria, Cistometria E Estudo Pressão / Fluxo)	JOÃO MONLEVADE	8	250,00	7,62	242,38	2.000,00	60,96
Exame Urofluxometria	JOÃO MONLEVADE	16	150,00	8,82	141,18	2.400,00	141,12
Exame Us. Abdominal Superior Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	2	164,26	24,20	140,06	328,52	48,40
Exame Us. Abdominal Total Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	2	205,33	37,95	167,38	410,66	75,90
Exame Us. Axilas (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	5	88,88	0,00	88,88	444,40	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	3	181,12	24,20	156,92	543,36	72,60
Exame Us. Braço Unilateral	JOÃO MONLEVADE	2	88,88	24,20	64,68	177,76	48,40
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	JOÃO MONLEVADE	19	67,22	24,20	43,02	1.277,18	459,80
Exame Us. Couro Cabeludo	JOÃO MONLEVADE	1	59,88	0,00	59,88	59,88	0,00
Exame US. Coxa Unilateral	JOÃO MONLEVADE	5	88,88	24,20	64,68	444,40	121,00
Exame Us. Coxo Femural (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	12	67,22	24,20	43,02	806,64	290,40
Exame Us. Dermatológico (Pele, Subcutâneo, Nódulos Superficiais, Unha)	JOÃO MONLEVADE	1	88,88	0,00	88,88	88,88	0,00
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	JOÃO MONLEVADE	61	67,22	24,20	43,02	4.100,42	1.476,20
Exame Us. Endovaginal Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	10	122,22	24,20	98,02	1.222,20	242,00
Exame Us. Estruturas Superficiais	JOÃO MONLEVADE	2	61,11	0,00	61,11	122,22	0,00
Exame Us. Glúteo	JOÃO MONLEVADE	1	61,11	0,00	61,11	61,11	0,00
Exame Us. Infromandibular	JOÃO MONLEVADE	1	61,11	0,00	61,11	61,11	0,00
Exame Us. Joelho Unilateral	JOÃO MONLEVADE	1	61,11	24,20	36,91	61,11	24,20
Exame Us. Mamárias (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	4	88,88	24,20	64,68	355,52	96,80
Exame Us. Mamas Com Doppler (bilateral)	JOÃO MONLEVADE	1	164,26	24,20	140,06	164,26	24,20
Exame Us. Mão (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	40	61,11	24,20	36,91	2.444,40	968,00
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	JOÃO MONLEVADE	306	188,67	24,20	164,47	57.733,02	7.405,20
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	JOÃO MONLEVADE	79	140,68	39,60	101,08	11.113,72	3.128,40
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	JOÃO MONLEVADE	2	61,11	24,20	36,91	122,22	48,40
Exame Us. Ombro Unilateral	JOÃO MONLEVADE	3	61,11	24,20	36,91	183,33	72,60
Exame Us. Panturrilha (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	2	61,11	0,00	61,11	122,22	0,00
Exame Us. Partes Moles	JOÃO MONLEVADE	11	61,11	0,00	61,11	672,21	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	8	61,11	24,20	36,91	488,88	193,60
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	JOÃO MONLEVADE	1	67,22	24,20	43,02	67,22	24,20
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	JOÃO MONLEVADE	1	61,11	24,20	36,91	61,11	24,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Pélvico Transvaginal Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	2	143,72	24,20	119,52	287,44	48,40
Exame Us. Perna Unilateral	JOÃO MONLEVADE	3	61,11	0,00	61,11	183,33	0,00
Exame Us. Punho (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	69	61,11	24,20	36,91	4.216,59	1.669,80
Exame Us. Quadril (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	10	61,11	24,20	36,91	611,10	242,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	JOÃO MONLEVADE	2	73,88	24,20	49,68	147,76	48,40
Exame Us. Tendões (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	5	61,11	24,20	36,91	305,55	121,00
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	JOÃO MONLEVADE	8	164,26	24,20	140,06	1.314,08	193,60
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	JOÃO MONLEVADE	24	61,11	24,20	36,91	1.466,64	580,80
Exame Us. Vias Urinárias E Rins C/ Doppler	JOÃO MONLEVADE	3	164,26	24,20	140,06	492,78	72,60
Exame Us. Vias Urinárias, Aparelho Urinário Com Doppler	JOÃO MONLEVADE	1	164,26	24,20	140,06	164,26	24,20
Exame Us.perfil Biofísico Fetal Por Feto	JOÃO MONLEVADE	7	67,22	24,20	43,02	470,54	169,40
Exame Us.transretal	JOÃO MONLEVADE	50	225,00	24,20	200,80	9.650,00	1.210,00
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	JOÃO MONLEVADE	2	122,22	24,20	98,02	244,44	48,40
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	JOÃO MONLEVADE	62	90,00	45,50	44,50	6.130,00	2.821,00
Exame Videoscopia Da Deglutição	JOÃO MONLEVADE	5	250,00	0,00	250,00	1.250,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação De Lucentis (Serviço Profissional)	JOÃO MONLEVADE	60	920,00	82,28	837,72	55.200,00	33.821,80
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Afibercepte Incluindo Medicamento (Eylia)	JOÃO MONLEVADE	114	2.200,00	82,28	2.117,72	250.800,00	69.329,92
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Bevacizumabe Incluindo Medicamento (Avastin)	JOÃO MONLEVADE	87	1.500,00	82,28	1.417,72	130.500,00	26.233,36
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Ranibizumabe Incluindo Medicamento (Lucentis)	JOÃO MONLEVADE	250	2.200,00	82,28	2.117,72	550.000,00	100.140,00
Neurologia Hospitalar JM - Atendimento Na área De Neurologia Para Atendimento A Nível Hospitalar Incluindo A Avaliação Dos Pacientes Internados Pelo SUS.	JOÃO MONLEVADE	9	12.617,00	0,00	12.617,00	113.553,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	JOÃO MONLEVADE	56	1.166,00	0,00	1.166,00	65.296,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	JOÃO MONLEVADE	20	1.166,00	0,00	1.166,00	23.320,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	JOÃO MONLEVADE	6	1.166,00	0,00	1.166,00	6.996,00	0,00
Plantão Plantão Na Area De Gastroenterologista, Com Carga Horaria 12 Horas.	JOÃO MONLEVADE	6	1.166,00	0,00	1.166,00	6.996,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Plantão Plantão Serviços/atividades Realizadas Por Profissional Médico Plantonista Para Atendimento De Consultas Na Unidade De Saude CSU - Centro Social Urbano Endereço: Avenida Luzia Brandao Fraga De Souza Sem Numero, Bairro: Loanda - Cidade João Monlevade - MG	JOÃO MONLEVADE	97	685,00	0,00	685,00	66.445,00	0,00
Plantão Plantão Serviços/atividades Realizadas Por Profissional Médico Plantonista Para Atendimento De Consultas Na Unidade De Saude José Nelson Fagundes Endereço: Rua Marques De Valença N°63, Bairro: Novo Cruzeiro - Cidade João Monlevade - MG	JOÃO MONLEVADE	87	685,00	0,00	685,00	59.595,00	0,00
Plantão Plantão Serviços/atividades Realizadas Por Profissional Médico Plantonista Para Atendimento De Consultas Na Unidade De Saude Policlínica Endereço: Avenida Getulio Vargas N°2640, Bairro: Belmonte - Cidade João Monlevade - MG	JOÃO MONLEVADE	99	685,00	0,00	685,00	67.815,00	0,00
Plantão Prestação De Serviços De Nutricionista Com Carga Horária De 30 Horas Semanal Para Atendimento Na UBS Cidade Nova	JOÃO MONLEVADE	2	3.257,00	0,00	3.257,00	6.514,00	0,00
Prestação de serviços Prestação De Serviços De Assistente Social, Com Carga Horaria De 30 Horas Semanal Para Atendimento(visita Domiciliar) A Pacientes Na UBS Cidade Nova	JOÃO MONLEVADE	2	3.199,00	0,00	3.199,00	6.398,00	0,00
Prestação de serviços Prestação De Serviços De Assistente Social, Com Cargas Horaria De 30 Horas Semanal Para Atendimento Ambulatorial Na UBS Cidade Nova.	JOÃO MONLEVADE	2	3.199,00	0,00	3.199,00	6.398,00	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	138	170,00	225,00	0,00	23.460,00	31.050,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra - Radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) - Coroa De Jaqueta Ou Total Acrílica Termo Polimerizável (provisória)	JOÃO MONLEVADE	38	120,00	225,00	0,00	4.560,00	8.550,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) Coroa De Veener	JOÃO MONLEVADE	2	220,00	225,00	0,00	450,00	450,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) Coroa Total Metálica	JOÃO MONLEVADE	1	150,00	225,00	0,00	150,00	225,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) Núcleo Metálico Fundido	JOÃO MONLEVADE	52	90,00	225,00	0,00	4.302,00	11.700,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radiculares Fixas / Adesivas (por Elemento) Restauração Metálica Fundida	JOÃO MONLEVADE	3	140,00	225,00	0,00	420,00	675,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	JOÃO MONLEVADE	77	320,00	225,00	95,00	23.440,00	17.325,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	JOÃO MONLEVADE	58	320,00	225,00	95,00	17.360,00	13.050,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	JOÃO MONLEVADE	7	190,00	24,15	165,85	1.390,00	169,05
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	JOÃO MONLEVADE	7	190,00	24,15	165,85	1.390,00	169,05
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	JOÃO MONLEVADE	28	300,00	225,00	75,00	8.900,00	6.300,00
Procedimento Odontológico Prótese Total Maxilar	JOÃO MONLEVADE	49	300,00	225,00	75,00	15.600,00	11.025,00
Procedimento Odontológico Prótese Total Removível Imediata Maxilar	JOÃO MONLEVADE	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Sessão Serviços De Assistente Social (MED CLIN MARIENSE LTDA)	JOÃO MONLEVADE	1	3.370,00	0,00	3.370,00	3.370,00	0,00
Sessão Contratação De Pessoas Jurídicas Para Prestação De Serviço Médico Psiquiatra Ou Clínico Com Especialização Em Saúde Mental, Para Atendimento A Pacientes Do Município De João Monlevade	JOÃO MONLEVADE	66	1.500,00	0,00	1.500,00	99.000,00	0,00
Sessão Serviços De Fisioterapia Para Atendimento Centro De Reabilitação Endereço:Av.Getúlio Vargas, N°,bairro:Belmonte, Cidade:João Monlevade(Fisioterapeuta Julia Marisa LTDA)	JOÃO MONLEVADE	7	3.560,00	0,00	3.560,00	24.920,00	0,00
Sessão Serviços De Fisioterapia Para Atendimento Centro De Reabilitação Com Atendimento A Pacientes Domiciliados Endereço:Av.Getúlio Vargas, N°,bairro:Belmonte, Cidade:João Monlevade(MED CLIN MARIENSE LTDA)	JOÃO MONLEVADE	4	3.600,00	0,00	3.600,00	14.400,00	0,00
Sessão Serviços De Fisioterapia Para Atendimento Policlínica(Ambulatório Da Atenção Especializada Endereço:Av.Getúlio Vargas, N°,bairro:Belmonte, Cidade:João Monlevade(Fisioterapeuta Julia Marisa LTDA)	JOÃO MONLEVADE	7	3.560,00	0,00	3.560,00	24.920,00	0,00
Sessão Serviços De Nutrição (MED CLIN MARIENSE LTDA)	JOÃO MONLEVADE	1	3.370,00	0,00	3.370,00	3.370,00	0,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	JOÃO MONLEVADE	601	32,00	10,90	21,10	24.902,00	6.550,90
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.	JOÃO MONLEVADE	49	1.291,20	0,00	1.291,20	63.268,80	0,00
Transporte 01 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	18	1.338,97	0,00	1.338,97	24.101,46	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	10	5.050,00	0,00	5.050,00	50.500,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 01 OBSTETRICA - 2024/2025 - 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	8	5.236,85	0,00	5.236,85	41.894,80	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	10	5.008,80	0,00	5.008,80	50.088,00	0,00
Transporte 01 PEDIATRICA/NEONATAL - 2024/2025 - 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	10	5.194,12	0,00	5.194,12	51.941,20	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	57	3.808,00	0,00	3.808,00	217.056,00	0,00
Transporte 01 UTI - 2024/2025 - 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	64	3.948,89	0,00	3.948,89	252.728,96	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	58	1.420,80	0,00	1.420,80	82.406,40	0,00
Transporte 02 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	28	1.473,36	0,00	1.473,36	41.254,08	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 02 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, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento, Com Espera, C/S Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	1	6.055,20	0,00	6.055,20	6.055,20	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	37	4.008,00	0,00	4.008,00	148.296,00	0,00
Transporte 02 UTI - 2024/2025 - 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	23	4.156,29	0,00	4.156,29	95.594,67	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.	JOÃO MONLEVADE	5	456,00	0,00	456,00	2.280,00	0,00
Transporte 03 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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.	JOÃO MONLEVADE	2	472,87	0,00	472,87	945,74	0,00
Transporte 03 PEDIATRICA/NEONATAL - 2023/2024 - Uti Móvel Pediátrica/Neonatal (Idade 0 Dias á 17 Anos) - Remoção Entre As Cidades Da MicroRregião De Saúde De 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	3.008,40	0,00	3.008,40	3.008,40	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
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	28	759,60	0,00	759,60	21.268,80	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 04 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	787,70	0,00	787,70	3.150,80	0,00
Transporte 04 PEDIATRICA/NEONATAL - 2023/2024 - Pediátrica/Neonatal (Idade 0 Dias á 17 Anos) - Remoção Entre As Cidades Da Micro De JM E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micros Citadas, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Espera , C/S Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	JOÃO MONLEVADE	1	4.008,00	0,00	4.008,00	4.008,00	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	19	2.630,00	0,00	2.630,00	49.970,00	0,00
Transporte 04 UTI - 2024/2025 - 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	6	2.727,31	0,00	2.727,31	16.363,86	0,00
Transporte 06 AMBULANCIA - 2023/2024 - 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.	JOÃO MONLEVADE	1	380,40	0,00	380,40	380,40	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	1	1.168,80	0,00	1.168,80	1.168,80	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.	JOÃO MONLEVADE	1	546,00	0,00	546,00	546,00	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	1	2.004,00	0,00	2.004,00	2.004,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 08 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância Remoção Para Municípios Fora Das Rotas Que Excedam 350km ,Tendo Como Referência O Google Maps,c/s Espera,c/s Retorno Para Cidade De Origem, Tendo Ponto De Partida A Sede Do Prestador.	JOÃO MONLEVADE	1	5.225,76	0,00	5.225,76	5.225,76	0,00
Transporte 08 UTI - 2024/2025 - Uti Móvel- Remoção Para Municípios Fora Das Rotas Que Excedam 350km ,Tendo Como Referência O Googles Maps,c/s Espera,c/s Retorno Para Cidade De Origem, Tendo Ponto De Partida A Sede Do Prestador	JOÃO MONLEVADE	3	16.674,35	0,00	16.674,35	52.748,70	0,00
Transporte 09 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - Ambulância Remoção Para Municípios Fora Das Rotas Inferior 350km ,Tendo Como Referência O Google Maps,c/s Espera,c/s Retorno Para Cidade De Origem, Tendo Ponto De Partida A Sede Do Prestador. Transporte 6,84 0,00 6,84 Alterar Excluir	JOÃO MONLEVADE	1	335,36	0,00	335,36	335,36	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	10	2.000,00	0,00	2.000,00	28.670,00	0,00
Consulta Endocrinologia	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	79	65,00	10,00	55,00	5.135,00	790,00
Exame Core Biopsy	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	19	300,00	140,00	160,00	5.700,00	2.660,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	21	240,00	67,86	172,14	5.040,00	1.425,06
Exame Holter 24 Horas	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	4	106,00	30,00	76,00	424,00	120,00
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	2	67,22	24,20	43,02	134,44	48,40
Exame Us. Obstétrica Por Feto	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	15	61,11	24,20	36,91	916,65	363,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	67	140,68	39,60	101,08	9.425,56	2.653,20
Sessão Serviços De Assistente Social (MED CLIN MARIENSE LTDA)	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	3	3.370,00	0,00	3.370,00	10.110,00	0,00
Sessão Serviços De Nutrição (MED CLIN MARIENSE LTDA)	JOÃO MONLEVADE (linha de cuidado)	3	3.370,00	0,00	3.370,00	8.425,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	NOVA ERA	32	207,00	22,27	184,73	6.624,00	712,64
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	NOVA ERA	3	207,00	22,27	184,73	621,00	66,81

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	NOVA ERA	24	243,04	112,77	130,27	5.832,96	2.706,48
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	9	878,31	771,60	106,71	7.904,79	6.944,40
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Com Ressectoscópio	NOVA ERA	1	2.700,00	74,75	2.625,25	2.700,00	74,75
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	NOVA ERA	12	1.148,00	76,50	1.071,50	14.636,00	918,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	NOVA ERA	2	67,08	25,00	42,08	134,16	50,00
Consulta Nefrologia Infantil	NOVA ERA	8	250,00	10,00	240,00	2.000,00	80,00
Consulta Cardiologia Pediátrica Fora Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	1	70,00	10,00	60,00	70,00	10,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	NOVA ERA	108	75,00	10,00	65,00	8.100,00	1.080,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicilio Do Prestador	NOVA ERA	85	70,00	10,00	60,00	6.200,00	850,00
Consulta Consulta Cardiologia	NOVA ERA	30	60,00	10,00	50,00	1.920,00	300,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	NOVA ERA	66	60,00	10,00	50,00	4.165,00	660,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	NOVA ERA	15	65,00	10,00	55,00	935,00	150,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	NOVA ERA	79	60,00	10,00	50,00	4.935,00	790,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	1.081	70,00	10,00	60,00	78.760,00	10.810,00
Consulta Consulta De Neuropediatra*	NOVA ERA	1	400,00	0,00	400,00	400,00	0,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	20	70,00	10,00	60,00	1.485,00	200,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	NOVA ERA	223	70,00	10,00	60,00	16.175,00	2.230,00
Consulta Consulta De Visão Subnormal	NOVA ERA	1	380,00	0,00	380,00	380,00	0,00
Consulta Consulta Médica Em Atenção Especializada (Gastroenterologia) Icismep	NOVA ERA	1	56,50	0,00	56,50	56,50	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	NOVA ERA	6	60,00	10,00	50,00	360,00	60,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	NOVA ERA	31	70,00	10,00	60,00	2.270,00	310,00
Consulta CONSULTAS PRÉ/PÓS OPERATÓRIAS CIRÚRGICAS E RISCO CIRÚRGICO PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS DO CISMEPI	NOVA ERA	57	70,00	10,00	60,00	3.990,00	570,00
Consulta Dermatologia	NOVA ERA	443	60,00	10,00	50,00	27.765,00	4.430,00
Consulta Endocrinologia	NOVA ERA	306	60,00	10,00	50,00	19.200,00	3.060,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	NOVA ERA	7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Neurologia	NOVA ERA	1	65,00	10,00	55,00	65,00	10,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Nutricionista	NOVA ERA	761	32,00	6,30	25,70	27.912,00	4.794,30
Consulta Oftalmologia	NOVA ERA	240	37,39	10,00	27,39	10.148,60	2.400,00
Consulta Ortopedia	NOVA ERA	679	60,00	10,00	50,00	42.585,00	6.790,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	2	70,00	10,00	60,00	145,00	20,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	NOVA ERA	99	75,00	10,00	65,00	7.425,00	990,00
Consulta Proctologia	NOVA ERA	48	60,00	10,00	50,00	3.115,00	480,00
Consulta Urologia	NOVA ERA	236	60,00	10,00	50,00	14.860,00	2.360,00
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	1.435	37,00	40,78	0,00	55.654,00	58.519,30
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	NOVA ERA	11	49,00	61,77	0,00	557,00	679,47
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	NOVA ERA	10	203,47	64,00	139,47	2.034,70	640,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	NOVA ERA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Com Contraste	NOVA ERA	1	600,00	0,00	600,00	600,00	0,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Sem Contraste	NOVA ERA	4	500,00	0,00	500,00	2.000,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Óssea)	NOVA ERA	140	21,00	21,00	0,00	2.940,00	2.940,00
Exame Audiometria Vocal / Logoaudiometria (LDV - IRF - LRF)	NOVA ERA	138	26,25	26,25	0,00	3.622,50	3.622,50
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	NOVA ERA	1	87,57	24,24	63,33	87,57	24,24
Exame Biópsia Aspirativa	NOVA ERA	30	29,00	0,00	29,00	945,00	0,00
Exame Biópsia Transretal	NOVA ERA	10	288,00	202,81	85,19	5.283,00	2.028,10
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	NOVA ERA	48	109,53	40,00	69,53	5.257,44	1.920,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	NOVA ERA	5	1.600,00	730,04	869,96	8.000,00	3.650,20
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Esforço	NOVA ERA	1	518,10	408,52	109,58	518,10	408,52
Exame Cintilografia Do Miocardio / Perfusão - Repouso	NOVA ERA	1	518,10	383,07	135,03	518,10	383,07
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	NOVA ERA	4	195,00	190,99	4,01	780,00	763,96
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	NOVA ERA	1	250,00	18,00	232,00	250,00	18,00
Exame Citopatológico De Líquidos (ascístico, Pleural, Urina, Secreção Mama)	NOVA ERA	13	32,00	20,96	11,04	416,00	272,48
Exame Colangioressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Com Contraste	NOVA ERA	5	600,00	268,75	331,25	3.000,00	1.343,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Colangiressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Sem Contraste	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Colangiressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	NOVA ERA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Colonoscopia	NOVA ERA	33	633,00	112,66	520,34	21.153,00	3.717,78
Exame Colonoscopia Polypectomia De Colon - 1 Clip De Hemostasia	NOVA ERA	1	2.500,00	112,66	2.387,34	2.500,00	112,66
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	NOVA ERA	25	100,00	0,00	100,00	2.500,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	NOVA ERA	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Exame Core Biopsy	NOVA ERA	1	300,00	140,00	160,00	300,00	140,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	NOVA ERA	40	109,01	10,11	98,90	4.360,40	404,40
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	NOVA ERA	82	125,78	55,10	70,68	10.313,96	4.518,20
Exame Dopplerfluxometria	NOVA ERA	12	61,11	0,00	61,11	733,32	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	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	NOVA ERA	2	155,00	39,60	115,40	310,00	79,20
Exame Duplex Scan De Aorta E Ilíacas	NOVA ERA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Carótidas	NOVA ERA	3	155,00	39,60	115,40	465,00	118,80
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	NOVA ERA	4	175,00	39,60	135,40	700,00	158,40
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	7	155,00	39,60	115,40	1.085,00	277,20
Exame Duplex Scan Venoso De M S E	NOVA ERA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	NOVA ERA	4	280,00	0,00	280,00	1.120,00	0,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	NOVA ERA	206	225,00	67,86	157,14	48.360,00	13.979,16
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	NOVA ERA	16	293,66	67,86	225,80	4.698,56	1.085,76
Exame Ecoendoscopia Diagnóstica (Icismepe)	NOVA ERA	1	2.250,00	0,00	2.250,00	2.250,00	0,00
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	NOVA ERA	25	111,09	24,20	86,89	2.777,25	605,00
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	NOVA ERA	15	15,80	5,15	10,65	237,00	77,25
Exame Eletroencefalograma	NOVA ERA	3	130,00	11,34	118,66	390,00	34,02
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	NOVA ERA	3	250,00	25,00	225,00	750,00	75,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	NOVA ERA	9	190,00	25,00	165,00	1.710,00	225,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	NOVA ERA	13	130,00	11,34	118,66	1.690,00	147,42
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	15	168,00	27,00	141,00	2.520,00	405,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	NOVA ERA	14	168,00	27,00	141,00	2.352,00	378,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	NOVA ERA	27	168,00	27,00	141,00	4.536,00	729,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Eletroencefalografia De M S E	NOVA ERA	28	168,00	27,00	141,00	4.704,00	756,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	NOVA ERA	2	19,00	13,51	5,49	38,00	27,02
Exame Endoscopia Digestiva Alta	NOVA ERA	12	216,00	48,16	167,84	2.782,00	577,92
Exame Escanometria Mmii	NOVA ERA	2	39,00	7,77	31,23	78,00	15,54
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)	NOVA ERA	1	615,00	0,00	615,00	615,00	0,00
Exame Estudo Urodinâmico	NOVA ERA	39	250,00	7,62	242,38	9.750,00	297,18
Exame Exame Imunohistoquímico	NOVA ERA	2	750,00	131,52	618,48	1.500,00	263,04
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	NOVA ERA	59	90,00	45,50	44,50	5.640,00	2.684,50
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	NOVA ERA	2	269,91	107,61	162,30	539,82	215,22
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	NOVA ERA	39	32,49	6,74	25,75	1.267,11	262,86
Exame Holter 24 Horas	NOVA ERA	39	106,00	30,00	76,00	4.134,00	1.170,00
Exame Impedanciometria	NOVA ERA	139	23,00	23,00	0,00	3.197,00	3.197,00
Exame Mamografia Bilateral	NOVA ERA	2	90,00	45,00	45,00	180,00	90,00
Exame Mamografia Unilateral	NOVA ERA	1	45,00	22,50	22,50	45,00	22,50
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	NOVA ERA	20	118,00	10,07	107,93	2.360,00	201,40
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	NOVA ERA	240	24,24	24,24	0,00	5.817,60	5.817,60
Exame Micológico Direto	NOVA ERA	9	20,00	0,00	20,00	180,00	0,00
Exame Paquimetria (01 Olho)	NOVA ERA	82	64,28	14,81	49,47	5.270,96	1.214,42
Exame Pet Scan Ct	NOVA ERA	2	3.300,00	2.107,22	1.192,78	6.600,00	4.214,44
Exame Polissonografia	NOVA ERA	16	500,00	125,00	375,00	7.400,00	2.000,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	NOVA ERA	11	125,78	6,36	119,42	1.383,58	69,96
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	NOVA ERA	8	190,00	23,73	166,27	1.520,00	189,84
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	NOVA ERA	2	190,00	66,48	123,52	380,00	132,96
Exame Raio X Panorâmico Coluna	NOVA ERA	3	125,00	0,00	125,00	375,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Com Contraste)	NOVA ERA	9	600,00	268,75	331,25	5.400,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Sem Contraste)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdomen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	NOVA ERA	3	1.000,00	268,75	731,25	3.000,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total Com Contraste	NOVA ERA	5	1.100,00	268,75	831,25	5.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Articulação Esternocostais (unilateral) Sem Contraste	NOVA ERA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Bolsa Escrotal Com Contraste	NOVA ERA	1	600,00	0,00	600,00	600,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Com Contraste	NOVA ERA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Sem Contraste	NOVA ERA	14	500,00	268,75	231,25	7.000,00	3.762,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	NOVA ERA	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Com Contraste	NOVA ERA	2	600,00	268,75	331,25	1.200,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Sem Contraste	NOVA ERA	32	500,00	268,75	231,25	16.000,00	8.600,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	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	3	450,00	268,75	181,25	1.350,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Contraste	NOVA ERA	19	600,00	268,75	331,25	11.400,00	5.106,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Espectroscopia Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	NOVA ERA	1	616,00	268,75	347,25	616,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	NOVA ERA	2	650,00	268,75	381,25	1.300,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	NOVA ERA	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	NOVA ERA	2	450,00	268,75	181,25	900,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Sem Contraste	NOVA ERA	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	NOVA ERA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral) Sem Contraste	NOVA ERA	13	500,00	268,75	231,25	6.500,00	3.493,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	NOVA ERA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral) Sem Contraste	NOVA ERA	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De órbitas Sem Contraste	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil (Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	NOVA ERA	1	650,00	0,00	650,00	650,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Com Contraste	NOVA ERA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Sem Contraste	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	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo Com Contraste	NOVA ERA	16	600,00	268,75	331,25	9.600,00	4.300,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo Sem Contraste	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral) Sem Contraste	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	NOVA ERA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túcica (Hipófise)	NOVA ERA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Sela Túcica (Hipófise) Com Contraste	NOVA ERA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral)	NOVA ERA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral) Sem Contraste	NOVA ERA	8	500,00	268,75	231,25	4.000,00	2.150,00
Exame Retinografia (2 Olhos)	NOVA ERA	45	78,09	24,68	53,41	3.514,05	1.110,60
Exame Retirada De Poliectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	NOVA ERA	2	173,00	13,63	159,37	346,00	27,26
Exame Retossigmoidoscopia	NOVA ERA	1	200,00	23,13	176,87	200,00	23,13
Exame Rx Abdomem Simples: Ap	NOVA ERA	1	23,60	7,17	16,43	23,60	7,17
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	NOVA ERA	2	87,32	35,22	52,10	174,64	70,44
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	NOVA ERA	6	307,94	138,63	169,31	1.847,64	831,78
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	37	420,00	138,63	281,37	15.540,00	5.129,31
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	NOVA ERA	62	320,00	138,63	181,37	19.840,00	8.595,06
Exame Tc. Articulação De Membro Superior S/ Contraste	NOVA ERA	1	130,14	86,75	43,39	130,14	86,75
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	5	130,14	86,76	43,38	650,70	433,80
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos C/ Contraste	NOVA ERA	1	230,14	86,76	143,38	230,14	86,76
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	4	130,14	86,76	43,38	520,56	347,04
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos C/ Contraste	NOVA ERA	1	236,50	101,10	135,40	236,50	101,10
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	NOVA ERA	17	136,50	101,10	35,40	2.320,50	1.718,70
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	NOVA ERA	5	230,00	97,44	132,56	1.150,00	487,20
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	NOVA ERA	186	130,00	97,44	32,56	24.180,00	18.123,84
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	NOVA ERA	24	600,00	0,00	600,00	14.400,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

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 Sem Contraste	NOVA ERA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	NOVA ERA	3	110,00	86,75	23,25	330,00	260,25
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochados/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos S/Contraste(Bilateral)	NOVA ERA	5	130,00	97,44	32,56	650,00	487,20
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	NOVA ERA	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia C/ Contraste	NOVA ERA	3	307,94	138,63	169,31	923,82	415,89
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	NOVA ERA	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	NOVA ERA	3	230,12	86,75	143,37	690,36	260,25
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares S/Contraste	NOVA ERA	1	130,12	86,75	43,37	130,12	86,75
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	NOVA ERA	27	130,00	86,75	43,25	3.510,00	2.342,25
Exame Tc. Sela Túrcica C/ Contraste	NOVA ERA	1	230,00	97,44	132,56	230,00	97,44
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	NOVA ERA	10	304,61	136,41	168,20	3.046,10	1.364,10
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	NOVA ERA	86	204,61	136,41	68,20	17.596,46	11.731,26
Exame Teste Ergométrico	NOVA ERA	26	95,00	30,00	65,00	2.470,00	780,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	NOVA ERA	13	440,24	48,00	392,24	5.723,12	624,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Disco Óptico Ou Nervo Óptico - 02 OLHOS	NOVA ERA	19	440,24	48,00	392,24	8.364,56	912,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Macular - 02 OLHOS	NOVA ERA	18	440,24	48,00	392,24	7.924,32	864,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	NOVA ERA	240	3,37	3,37	0,00	808,80	808,80
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	NOVA ERA	1	133,49	24,24	109,25	133,49	24,24
Exame Uretrocistografia	NOVA ERA	1	199,42	52,11	147,31	199,42	52,11
Exame Urodinâmica Completa (Urofloxometria, Cistometria E Estudo Pressão / Fluxo)	NOVA ERA	1	250,00	7,62	242,38	250,00	7,62
Exame Us. Articulações	NOVA ERA	2	67,22	24,20	43,02	134,44	48,40
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	NOVA ERA	1	67,22	24,20	43,02	67,22	24,20
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	NOVA ERA	3	181,12	24,20	156,92	543,36	72,60
Exame Us. Coxo Femural (unilateral)	NOVA ERA	2	67,22	24,20	43,02	134,44	48,40
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	NOVA ERA	6	67,22	24,20	43,02	403,32	145,20

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Estruturas Superficiais	NOVA ERA	2	61,11	0,00	61,11	122,22	0,00
Exame Us. Glândulas Salivares (Todas) Com Doppler	NOVA ERA	1	122,22	24,20	98,02	122,22	24,20
Exame Us. Glândulas Salivares(Parótidas, Submandibulares, Sublinguais)	NOVA ERA	1	61,11	24,20	36,91	61,11	24,20
Exame Us. Mão (unilateral)	NOVA ERA	14	61,11	24,20	36,91	855,54	338,80
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	NOVA ERA	33	188,67	24,20	164,47	6.226,11	798,60
Exame Us. Obstétrica Por Feto	NOVA ERA	4	61,11	24,20	36,91	244,44	96,80
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	NOVA ERA	8	140,68	39,60	101,08	1.125,44	316,80
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	NOVA ERA	3	61,11	24,20	36,91	183,33	72,60
Exame Us. Próstata Transretal Com Doppler	NOVA ERA	5	205,33	24,20	181,13	1.026,65	121,00
Exame Us. Quadril (unilateral)	NOVA ERA	2	61,11	24,20	36,91	122,22	48,40
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	NOVA ERA	1	73,88	24,20	49,68	73,88	24,20
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	NOVA ERA	1	164,26	24,20	140,06	164,26	24,20
Exame Us. Transfontanela	NOVA ERA	1	67,22	24,20	43,02	67,22	24,20
Exame Us. Vias Urinárias, Aparelho Urinário Com Doppler	NOVA ERA	1	164,26	24,20	140,06	164,26	24,20
Exame Us.transretal	NOVA ERA	15	225,00	24,20	200,80	3.215,00	363,00
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	NOVA ERA	2	122,22	24,20	98,02	244,44	48,40
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	NOVA ERA	20	100,00	45,50	54,50	2.000,00	910,00
Exame Videoencoscopia Da Deglutição	NOVA ERA	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Bevacizumabe Incluindo Medicamento (Avastin)	NOVA ERA	1	1.500,00	627,28	872,72	1.500,00	627,28
Neurologia Hospitalar NE - Atendimento Na área De Neurologia Para Atendimento A Nível Hospitalar Incluindo A Avaliação Dos Pacientes Internados Pelo SUS.	NOVA ERA	9	2.743,40	0,00	2.743,40	24.690,60	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	NOVA ERA	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	NOVA ERA	15	1.166,00	0,00	1.166,00	17.490,00	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 Na área De Saúde Mental Com Carga Horária 08 Horas, Para Atendimento No Município De Nova Era	NOVA ERA	79	1.800,00	0,00	1.800,00	142.200,00	0,00
Plantão Plantão Medico Na Especialidade De Nefrologia Fracionado Para O Município De Nova Era	NOVA ERA	1	194,33	0,00	194,33	194,33	0,00
Plantão Plantão Médico Na Especialidade De Nefrologia Para Atendimento A Pacientes Dos Municípios Consorciados Ao Cismepi.	NOVA ERA	13	1.166,00	0,00	1.166,00	15.158,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Plantão Plantão Na Area De Gastroenterologista, Com Carga Horaria 12 Horas.	NOVA ERA	4	1.166,00	0,00	1.166,00	4.664,00	0,00
Plantão Plantão Na Área De Mastologia, Com Carga Horária 12 Horas (Duas Vezes Por Semana)	NOVA ERA	1	583,00	0,00	583,00	583,00	0,00
Plantão Prestação De Serviços De Enfermagem A Serem Prestados No Presidio De Nova Era (NE)	NOVA ERA	4	1.034,00	0,00	1.034,00	4.136,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Coronária E Intra-radulares Fixas / Adesivas (por Elemento) Coroa Total Metálica	NOVA ERA	2	150,00	225,00	0,00	300,00	450,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	NOVA ERA	60	320,00	225,00	95,00	17.800,00	13.500,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	NOVA ERA	42	320,00	225,00	95,00	12.490,00	9.450,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	NOVA ERA	10	210,00	24,15	185,85	2.100,00	241,50
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	NOVA ERA	10	190,00	24,15	165,85	2.000,00	241,50
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	NOVA ERA	60	300,00	225,00	75,00	19.750,00	13.500,00
Procedimento Odontológico Protese Total Maxilar	NOVA ERA	83	300,00	225,00	75,00	27.450,00	18.675,00
Sessão Terapia Fonoaudiológica Individual	NOVA ERA	991	32,00	10,90	21,10	39.952,00	10.801,90
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.	NOVA ERA	62	1.291,20	0,00	1.291,20	80.054,40	0,00
Transporte 01 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	36	1.338,97	0,00	1.338,97	48.202,92	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	2	5.050,00	0,00	5.050,00	10.100,00	0,00
Transporte 01 OBSTETRICA - 2024/2025 - 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	1	5.236,85	0,00	5.236,85	5.236,85	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 01 PEDIATRICA/NEONATAL - 2024/2025 - 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.	NOVA ERA	3	5.194,12	0,00	5.194,12	15.582,36	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.	NOVA ERA	10	3.808,00	0,00	3.808,00	38.080,00	0,00
Transporte 01 UTI - 2024/2025 - 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	8	3.948,89	0,00	3.948,89	31.591,12	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	48	1.420,80	0,00	1.420,80	68.198,40	0,00
Transporte 02 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	32	1.473,36	0,00	1.473,36	47.147,52	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 02 UTI - 2024/2025 - 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	4.156,29	0,00	4.156,29	8.312,58	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	6	456,00	0,00	456,00	2.736,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 03 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	5	472,87	0,00	472,87	2.364,35	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	7	2.505,60	0,00	2.505,60	17.539,20	0,00
Transporte 03 UTI - 2024/2025 - 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	5	2.598,30	0,00	2.598,30	12.991,50	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	36	759,60	0,00	759,60	27.345,60	0,00
Transporte 04 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	787,70	0,00	787,70	17.329,40	0,00
Transporte 04 PEDIATRICA/NEONATAL - 2023/2024 - Pediátrica/Neonatal (Idade 0 Dias á 17 Anos) - Remoção Entre As Cidades Da Micro De JM E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micros Citadas, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Espera , C/S Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	NOVA ERA	1	4.008,00	0,00	4.008,00	4.008,00	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	14	2.630,00	0,00	2.630,00	36.820,00	0,00
Transporte 04 UTI - 2024/2025 - 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	2	2.727,31	0,00	2.727,31	5.454,62	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 05 AMBULANCIA - 2023/2024 - 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	4	380,40	0,00	380,40	1.521,60	0,00
Transporte 05 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	394,47	0,00	394,47	394,47	0,00
Transporte 06 AMBULANCIA - 2023/2024 - 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	2	380,40	0,00	380,40	760,80	0,00
Transporte 06 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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	2	394,47	0,00	394,47	788,94	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.	NOVA ERA	1	2.004,00	0,00	2.004,00	2.004,00	0,00
Transporte 08 AMBULANCIA - 2023/2024 - Ambulância Remoção Para Municípios Fora Das Rotas Que Excedam 350km ,Tendo Como Referência O Google Maps,c/s Espera,c/s Retorno Para Cidade De Origem, Tendo Ponto De Partida A Sede Do Prestador.	NOVA ERA	3	2.015,52	0,00	2.015,52	5.832,24	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	RIO PIRACICABA	106	207,00	22,27	184,73	21.942,00	2.360,62
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	RIO PIRACICABA	9	207,00	22,27	184,73	1.863,00	200,43
Cirurgia Blefaroplastia Ambos Os Olhos	RIO PIRACICABA	8	3.039,78	203,74	2.836,04	24.318,24	1.629,92
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsulotomia Posterior (01 Olho)	RIO PIRACICABA	34	243,04	112,77	130,27	8.263,36	3.834,18
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	RIO PIRACICABA	1	2.800,00	0,00	2.800,00	2.800,00	0,00
Cirurgia Cirurgia De Pterígio (01 Olho)	RIO PIRACICABA	17	534,58	209,55	325,03	9.087,86	3.562,35
Cirurgia Exereese De Tumor Palpebral (1 Olho) Ou Tumor Palpebral	RIO PIRACICABA	1	589,61	22,93	566,68	589,61	22,93

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Cirurgia Faco Emulsificação Com Implante De Lente Intraocular Com Cobertura Dos Procedimentos : Avaliação Pré E Pós Cirúrgica,biometria,tonometria,mapeamento De Retina,procedimento Cirúrgico	RIO PIRACICABA	30	878,31	771,60	106,71	26.349,30	23.148,00
Cirurgia FacoEmulsificação C/Implante De Lente Intra-Ocular Dobravel Hospitalar (ICISMEP)	RIO PIRACICABA	2	928,76	0,00	928,76	1.925,20	0,00
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	RIO PIRACICABA	4	1.148,00	76,50	1.071,50	4.592,00	306,00
Cirurgia OPME Em Cirurgias De Urgência E Emergência	RIO PIRACICABA	3	148,40	0,00	148,40	192,68	0,00
Cirurgia Reposicionamento De Lente Intra-Ocular - Icismep	RIO PIRACICABA	1	487,63	0,00	487,63	487,63	0,00
Cirurgia Transplante Conjuntival (01 Olho)	RIO PIRACICABA	17	422,94	0,00	422,94	7.189,98	0,00
Cirurgia Troca Fluido Gasosa (Icismep)-Cismepi-04	RIO PIRACICABA	1	219,41	0,00	219,41	219,41	0,00
Cirurgia Vitrectomia Anterior (ICISMEP)	RIO PIRACICABA	1	515,74	0,00	515,74	515,74	0,00
Cirurgia Vitrectomia Posterior (ICISMEP)	RIO PIRACICABA	1	2.354,79	0,00	2.354,79	2.354,79	0,00
Consulta Acompanhamento E Avaliação De Glaucoma - Icismep	RIO PIRACICABA	7	17,74	0,00	17,74	124,18	0,00
Consulta Atendimento Na área De Avaliação Cirurgia Da Mão Em Município Distinto Do Domicílio Do Contratado.	RIO PIRACICABA	396	70,00	0,00	70,00	27.720,00	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Catarata(ICISMEP)	RIO PIRACICABA	4	86,09	0,00	86,09	344,36	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Cirurgias Retinianas - Aval. Departamento De Vitrectomia	RIO PIRACICABA	1	95,96	0,00	95,96	95,96	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Córnea - ICISMEP	RIO PIRACICABA	5	59,56	0,00	59,56	297,80	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 Plástica Ocular - ICISMEP	RIO PIRACICABA	5	53,60	0,00	53,60	268,00	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Retina(ICISMEP)	RIO PIRACICABA	24	121,00	0,00	121,00	2.904,00	0,00
Consulta Avaliação No Departamento De Vitrectomia - ICISMEP	RIO PIRACICABA	4	95,96	0,00	95,96	383,84	0,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	1.083	70,00	10,00	60,00	79.080,00	10.830,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	RIO PIRACICABA	59	75,00	10,00	65,00	4.425,00	590,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	48	70,00	10,00	60,00	3.535,00	480,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	RIO PIRACICABA	32	60,00	10,00	50,00	2.060,00	320,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	RIO PIRACICABA	9	60,00	10,00	50,00	570,00	90,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	RIO PIRACICABA	54	60,00	10,00	50,00	3.390,00	540,00
Consulta Consulta De Neuro Oftalmologia	RIO PIRACICABA	1	380,00	0,00	380,00	380,00	0,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	672	70,00	10,00	60,00	48.970,00	6.720,00
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	49	70,00	10,00	60,00	3.645,00	490,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	RIO PIRACICABA	177	70,00	10,00	60,00	12.805,00	1.770,00
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: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Consulta Médica Em Atenção Especializada (Oftalmologia) ICISMEP	RIO PIRACICABA	2	50,58	0,00	50,58	101,16	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	RIO PIRACICABA	15	60,00	10,00	50,00	920,00	150,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	RIO PIRACICABA	25	70,00	10,00	60,00	1.850,00	250,00
Consulta Consulta Para Diagnóstico / Reavaliação De Glaucoma - ICISMEP	RIO PIRACICABA	5	57,74	0,00	57,74	288,70	0,00
Consulta Consulta Pré E Pós Cirúrgico	RIO PIRACICABA	38	68,65	10,00	58,65	2.608,70	380,00
Consulta CONSULTAS PRÉ/PÓS OPERATÓRIAS CIRÚRGICAS E RISCO CIRÚRGICO PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS DO CISMEPI	RIO PIRACICABA	103	70,00	10,00	60,00	7.210,00	1.030,00
Consulta Dermatologia	RIO PIRACICABA	345	60,00	10,00	50,00	21.785,00	3.450,00
Consulta Dermatologia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	39	70,00	10,00	60,00	2.730,00	390,00
Consulta Endocrinologia	RIO PIRACICABA	73	60,00	10,00	50,00	4.570,00	730,00
Consulta Endocrinologia Fora Do Domicílio	RIO PIRACICABA	362	70,00	10,00	60,00	26.615,00	3.620,00
Consulta Entrevista Para Histeroscopia	RIO PIRACICABA	5	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Consulta Gastroenterologia	RIO PIRACICABA	39	65,00	10,00	55,00	2.535,00	390,00
Consulta Oftalmologia	RIO PIRACICABA	1.036	37,39	10,00	27,39	41.706,04	10.360,00
Consulta Ortopedia	RIO PIRACICABA	431	60,00	10,00	50,00	27.185,00	4.310,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	RIO PIRACICABA	700	70,00	10,00	60,00	50.995,00	7.000,00
Consulta Otorrinolaringologia	RIO PIRACICABA	253	60,00	10,00	50,00	15.725,00	2.530,00
Consulta Proctologia	RIO PIRACICABA	30	60,00	10,00	50,00	1.940,00	300,00
Consulta Urologia	RIO PIRACICABA	184	60,00	10,00	50,00	11.610,00	1.840,00
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	1.827	37,00	40,78	0,00	70.662,00	74.505,06
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	RIO PIRACICABA	4	49,00	61,77	0,00	199,00	247,08
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	8	203,47	64,00	139,47	1.627,76	512,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Com Contraste	RIO PIRACICABA	2	600,00	0,00	600,00	1.200,00	0,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Sem Contraste	RIO PIRACICABA	4	500,00	0,00	500,00	2.000,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Arteriografia Cerebral	RIO PIRACICABA	1	2.500,00	0,00	2.500,00	2.500,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Ósea)	RIO PIRACICABA	116	21,00	21,00	0,00	2.436,00	2.436,00
Exame Audiometria Vocal / Logaudiometria (LDV - IRF - LRF)	RIO PIRACICABA	115	26,25	26,25	0,00	3.018,75	3.018,75
Exame Biometria Ultrassônica (eco A)(01 Olho)	RIO PIRACICABA	5	87,57	24,24	63,33	437,85	121,20
Exame Biópsia Aspirativa	RIO PIRACICABA	16	29,00	0,00	29,00	506,00	0,00
Exame Biópsia Transretal	RIO PIRACICABA	11	288,00	202,81	85,19	5.304,00	2.230,91
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	RIO PIRACICABA	91	109,53	40,00	69,53	9.967,23	3.640,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	RIO PIRACICABA	2	1.600,00	730,04	869,96	3.200,00	1.460,08
Exame Cintilografia De Paratireóide	RIO PIRACICABA	3	325,00	324,54	0,46	975,00	973,62
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Esforço	RIO PIRACICABA	9	518,10	408,52	109,58	4.662,90	3.676,68
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Repouso	RIO PIRACICABA	9	518,10	383,07	135,03	4.662,90	3.447,63
Exame Cintilografia Renal (qualitativa/quantitativa) Dmsa	RIO PIRACICABA	1	225,00	133,03	91,97	225,00	133,03
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	RIO PIRACICABA	3	400,00	18,00	382,00	1.050,00	54,00
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	RIO PIRACICABA	296	13,00	13,72	0,00	4.412,00	4.061,12
Exame Citopatológico De Líquidos (ascístico, Pleural, Urina, Secreção Mama)	RIO PIRACICABA	13	32,00	20,96	11,04	416,00	272,48
Exame Colangioressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Com Contraste	RIO PIRACICABA	5	600,00	268,75	331,25	3.000,00	1.343,75
Exame Colangioressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Sem Contraste	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Colangioressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Colonoscopia	RIO PIRACICABA	116	633,00	112,66	520,34	76.552,00	13.068,56
Exame Colonoscopia Polipectomia De Colon - 3 Clips De Hemostasia	RIO PIRACICABA	3	4.000,00	112,66	3.887,34	12.000,00	337,98
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	RIO PIRACICABA	18	100,00	0,00	100,00	1.800,00	0,00
Exame Core Biopsy	RIO PIRACICABA	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)	RIO PIRACICABA	88	109,01	10,11	98,90	9.592,88	889,68
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	RIO PIRACICABA	41	125,78	55,10	70,68	5.156,98	2.259,10
Exame Dopplerfluxometria	RIO PIRACICABA	2	61,11	0,00	61,11	122,22	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	RIO PIRACICABA	122	155,00	39,60	115,40	18.910,00	4.831,20
Exame Duplex Scan Arterial De M I E	RIO PIRACICABA	118	155,00	39,60	115,40	18.290,00	4.672,80
Exame Duplex Scan Arterial De M S D	RIO PIRACICABA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
Exame Duplex Scan De Aorta E Artérias Renais	RIO PIRACICABA	5	155,00	39,60	115,40	775,00	198,00
Exame Duplex Scan De Bifurcação Aorta	RIO PIRACICABA	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan De Carótidas	RIO PIRACICABA	6	155,00	39,60	115,40	930,00	237,60
Exame Duplex Scan De Carótidas E Vertebrais / Cervical	RIO PIRACICABA	17	175,00	39,60	135,40	2.975,00	673,20
Exame Duplex Scan De Vasos Cervicais Venoso Bilateral / Veias Subclávias / Jugular	RIO PIRACICABA	1	175,00	39,60	135,40	175,00	39,60
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	RIO PIRACICABA	217	155,00	39,60	115,40	33.635,00	8.593,20
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	RIO PIRACICABA	218	155,00	39,60	115,40	33.790,00	8.632,80
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	RIO PIRACICABA	2	280,00	0,00	280,00	560,00	0,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	RIO PIRACICABA	146	225,00	67,86	157,14	33.945,00	9.907,56
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	RIO PIRACICABA	13	293,66	67,86	225,80	3.817,58	882,18
Exame Ecografia/ultrassonografia Ocular/ Eco B (01 Olho)	RIO PIRACICABA	14	111,09	24,20	86,89	1.555,26	338,80
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	RIO PIRACICABA	8	15,80	5,15	10,65	126,40	41,20
Exame Eletroencefalograma	RIO PIRACICABA	4	130,00	11,34	118,66	520,00	45,36
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	RIO PIRACICABA	4	250,00	25,00	225,00	1.000,00	100,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	RIO PIRACICABA	10	190,00	25,00	165,00	1.900,00	250,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	RIO PIRACICABA	22	130,00	11,34	118,66	2.860,00	249,48
Exame Eletroneuromiografia De M I D	RIO PIRACICABA	20	168,00	27,00	141,00	3.360,00	540,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	RIO PIRACICABA	19	168,00	27,00	141,00	3.192,00	513,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	RIO PIRACICABA	45	168,00	27,00	141,00	7.560,00	1.215,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	RIO PIRACICABA	44	168,00	27,00	141,00	7.392,00	1.188,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	RIO PIRACICABA	1	19,00	13,51	5,49	19,00	13,51
Exame Emissões Otoacústicas Evocada Transitória E Produto De Distorção (eoa)	RIO PIRACICABA	1	46,88	46,88	0,00	46,88	46,88
Exame Endoscopia Digestiva Alta	RIO PIRACICABA	377	216,00	48,16	167,84	85.080,00	18.156,32
Exame Endoscopia Infantil C/ Sedação	RIO PIRACICABA	1	738,00	48,16	689,84	738,00	48,16
Exame Estudo Renal Dinâmico Com Ou Sem Diurético (dtpa)	RIO PIRACICABA	1	242,00	165,24	76,76	242,00	165,24
Exame Estudo Urodinâmico	RIO PIRACICABA	10	250,00	7,62	242,38	2.500,00	76,20
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	RIO PIRACICABA	81	90,00	45,50	44,50	7.820,00	3.685,50
Exame Fotocoagulação A Laser (1 Olho) Ou Laser Argônico (Fotocoagulação A Laser) (1 Olho)	RIO PIRACICABA	18	269,91	107,61	162,30	4.858,38	1.936,98
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	84	32,49	6,74	25,75	2.729,16	566,16
Exame Holter 24 Horas	RIO PIRACICABA	19	106,00	30,00	76,00	2.014,00	570,00
Exame Impedanciometria	RIO PIRACICABA	116	23,00	23,00	0,00	2.668,00	2.668,00
Exame Iridotomia A Laser (1 Olho)	RIO PIRACICABA	6	239,74	45,00	194,74	1.438,44	270,00
Exame Linfocitilografia Mmii	RIO PIRACICABA	2	202,00	0,00	202,00	404,00	0,00
Exame Mamografia Bilateral	RIO PIRACICABA	266	90,00	45,00	45,00	23.940,00	11.970,00
Exame Mamografia Unilateral	RIO PIRACICABA	21	90,00	22,50	67,50	945,00	472,50

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Manometria Esofágica	RIO PIRACICABA	1	350,00	0,00	350,00	350,00	0,00
Exame Mapa - Monitorização Ambulatorial Da Pressão Arterial	RIO PIRACICABA	32	118,00	10,07	107,93	3.776,00	322,24
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	RIO PIRACICABA	4	25,40	24,24	1,16	101,60	96,96
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	RIO PIRACICABA	1.036	24,24	24,24	0,00	25.112,64	25.112,64
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	5	226,41	24,24	202,17	1.132,05	121,20
Exame Pam (acuidade Visual) (2 Olhos) Ou Acuidade Visual Laser (pam) (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	2	66,29	3,37	62,92	132,58	6,74
Exame PAN-FOTOCOAGULAÇÃO DE RETINA A LASER - ICISMEP	RIO PIRACICABA	2	430,46	0,00	430,46	860,92	0,00
Exame Paquimetria (01 Olho)	RIO PIRACICABA	186	64,28	14,81	49,47	11.956,08	2.754,66
Exame Ph Metria Esofágica	RIO PIRACICABA	1	350,00	0,00	350,00	350,00	0,00
Exame Polissonografia	RIO PIRACICABA	8	450,00	125,00	325,00	3.600,00	1.000,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	RIO PIRACICABA	51	125,78	6,36	119,42	6.414,78	324,36
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	RIO PIRACICABA	2	190,00	23,73	166,27	380,00	47,46
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	RIO PIRACICABA	7	190,00	66,48	123,52	1.330,00	465,36
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional + Perfusão + Estresse Com Contraste	RIO PIRACICABA	1	850,00	361,25	488,75	850,00	361,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	RIO PIRACICABA	3	1.000,00	268,75	731,25	3.000,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total Com Contraste	RIO PIRACICABA	9	1.100,00	268,75	831,25	9.900,00	2.418,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total Sem Contraste	RIO PIRACICABA	2	1.000,00	268,75	731,25	2.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De ATM (Bilateral) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	RIO PIRACICABA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Com Contraste	RIO PIRACICABA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Sem Contraste	RIO PIRACICABA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	RIO PIRACICABA	38	500,00	268,75	231,25	19.000,00	10.212,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-sacra Infantil (0 A 15 Anos) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Sem Contraste	RIO PIRACICABA	53	500,00	268,75	231,25	26.500,00	14.243,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica	RIO PIRACICABA	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Com Contraste	RIO PIRACICABA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Sem Contraste	RIO PIRACICABA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coxo Femural (Unilateral) Com Contraste	RIO PIRACICABA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo	RIO PIRACICABA	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
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

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Contraste	RIO PIRACICABA	11	600,00	268,75	331,25	6.600,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	RIO PIRACICABA	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	2	450,00	268,75	181,25	900,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Sem Contraste	RIO PIRACICABA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	RIO PIRACICABA	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	15	500,00	268,75	231,25	7.500,00	4.031,25
Exame Ressonância Magnética De Mama (Unilateral)	RIO PIRACICABA	4	500,00	0,00	500,00	2.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Mama (Unilateral) Com Contraste	RIO PIRACICABA	4	600,00	0,00	600,00	2.400,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	RIO PIRACICABA	5	500,00	268,75	231,25	2.500,00	1.343,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	12	500,00	268,75	231,25	6.000,00	3.225,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo	RIO PIRACICABA	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo Com Contraste	RIO PIRACICABA	8	600,00	268,75	331,25	4.800,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Ilíaca /Glúteo Sem Contraste	RIO PIRACICABA	4	500,00	268,75	231,25	2.000,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral)	RIO PIRACICABA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral) Com Contraste	RIO PIRACICABA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	RIO PIRACICABA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Quadril (Unilateral) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Com Contraste	RIO PIRACICABA	4	600,00	268,75	331,25	2.400,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica) Com Contraste	RIO PIRACICABA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral) Sem Contraste	RIO PIRACICABA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Retinografia (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	88	78,09	24,68	53,41	6.871,92	2.171,84
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	RIO PIRACICABA	20	173,00	13,63	159,37	3.460,00	272,60
Exame Retirada De Polipectomia Para O Procedimento De Endoscopia	RIO PIRACICABA	13	172,00	29,84	142,16	2.236,00	387,92
Exame Retossigmoidoscopia	RIO PIRACICABA	6	200,00	23,13	176,87	1.200,00	138,78

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

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 Clister Opaco (duplo Contraste)	RIO PIRACICABA	2	180,54	47,76	132,78	361,08	95,52
Exame Rx Esôfago - Hiato - Estômago E Duodeno - Reed	RIO PIRACICABA	2	87,32	35,22	52,10	174,64	70,44
Exame Rx Histerossalpingografia	RIO PIRACICABA	1	186,44	45,34	141,10	186,44	45,34
Exame Rx Pé - Antepé Ou Podáctilos (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	21,24	6,78	14,46	42,48	13,56
Exame Rx Perna (unilateral)	RIO PIRACICABA	2	22,42	8,94	13,48	44,84	17,88
Exame Tc. Abdômen Superior C/ Contraste	RIO PIRACICABA	3	307,94	138,63	169,31	923,82	415,89
Exame Tc. Abdômen Superior S/ Contraste	RIO PIRACICABA	5	207,94	138,63	69,31	1.039,70	693,15
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia C/ Contraste	RIO PIRACICABA	21	420,00	138,63	281,37	8.820,00	2.911,23
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	RIO PIRACICABA	84	320,00	138,63	181,37	26.880,00	11.644,92
Exame Tc. Articulação De Membro Inferior S/ Contraste	RIO PIRACICABA	1	130,14	86,75	43,39	130,14	86,75
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	RIO PIRACICABA	10	130,14	86,76	43,38	1.301,40	867,60
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	RIO PIRACICABA	3	130,14	86,76	43,38	390,42	260,28
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	RIO PIRACICABA	19	136,50	101,10	35,40	2.593,50	1.920,90
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	216	130,00	97,44	32,56	28.080,00	21.047,04
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	12	600,00	0,00	600,00	7.200,00	0,00
Exame Tc. Joelho S/ Contraste (unilateral)	RIO PIRACICABA	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)	RIO PIRACICABA	4	130,00	97,44	32,56	520,00	389,76
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	RIO PIRACICABA	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
Exame Tc. Orbitas S/ Contraste (Bilateral)	RIO PIRACICABA	1	130,00	0,00	130,00	130,00	0,00
Exame Tc. Pelve Ou Bacia S/ Contraste	RIO PIRACICABA	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	RIO PIRACICABA	6	230,12	86,75	143,37	1.380,72	520,50
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. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	RIO PIRACICABA	1	130,00	86,75	43,25	130,00	86,75
Exame Tc. Seios Da Face Axial E Conoxial	RIO PIRACICABA	1	240,00	86,75	153,25	240,00	86,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	RIO PIRACICABA	8	130,00	86,75	43,25	1.040,00	694,00
Exame Tc. 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	5	304,61	136,41	168,20	1.523,05	682,05
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	RIO PIRACICABA	60	204,61	136,41	68,20	12.276,60	8.184,60
Exame Teste Ergométrico	RIO PIRACICABA	15	95,00	30,00	65,00	1.425,00	450,00
Exame Teste Ortoptico (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	2	94,33	12,34	81,99	188,66	24,68
Exame Teste Vestibular	RIO PIRACICABA	5	53,50	12,12	41,38	267,50	60,60
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	RIO PIRACICABA	110	440,24	48,00	392,24	48.426,40	5.280,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Disco Óptico Ou Nervo Óptico - 02 OLHOS	RIO PIRACICABA	24	440,24	48,00	392,24	10.565,76	1.152,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Macular - 02 OLHOS	RIO PIRACICABA	18	440,24	48,00	392,24	7.924,32	864,00
Exame Tomografia De Coerência Optica(OCT) (ICISMEP)	RIO PIRACICABA	2	60,00	0,00	60,00	120,00	0,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	RIO PIRACICABA	1.036	3,37	3,37	0,00	3.491,32	3.491,32
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	RIO PIRACICABA	10	133,49	24,24	109,25	1.334,90	242,40
Exame Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 1ª Linha Associada A 2ª Linha - Binocular - Icismep	RIO PIRACICABA	1	98,04	0,00	98,04	98,04	0,00
Exame Tratamento Oftalmológico De Paciente Com Glaucoma - 1ª Linha Associada A 3ª Linha - Binocular - Icismep	RIO PIRACICABA	2	146,64	0,00	146,64	293,28	0,00
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	1	34,34	0,00	34,34	34,34	0,00
Exame Uretrocistografia	RIO PIRACICABA	1	199,42	52,11	147,31	199,42	52,11
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	RIO PIRACICABA	4	73,88	24,20	49,68	295,52	96,80
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	RIO PIRACICABA	157	113,33	37,95	75,38	17.792,81	5.958,15
Exame Us. Antebraço	RIO PIRACICABA	1	67,22	24,20	43,02	67,22	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	RIO PIRACICABA	64	88,88	0,00	88,88	5.688,32	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	RIO PIRACICABA	9	67,22	24,20	43,02	604,98	217,80
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	RIO PIRACICABA	6	181,12	24,20	156,92	1.086,72	145,20
Exame Us. Braço Unilateral	RIO PIRACICABA	4	88,88	24,20	64,68	355,52	96,80
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	RIO PIRACICABA	5	67,22	24,20	43,02	336,10	121,00
Exame US. Coxa Unilateral	RIO PIRACICABA	1	88,88	24,20	64,68	88,88	24,20
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	RIO PIRACICABA	128	67,22	24,20	43,02	8.604,16	3.097,60
Exame Us. Estruturas Superficiais	RIO PIRACICABA	2	61,11	0,00	61,11	122,22	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Us. Glândulas Salivares(Parótidas, Submandibulares, Sublinguais)	RIO PIRACICABA	2	61,11	24,20	36,91	122,22	48,40
Exame Us. Glúteo	RIO PIRACICABA	2	61,11	0,00	61,11	122,22	0,00
Exame Us. Joelho Unilateral	RIO PIRACICABA	20	61,11	24,20	36,91	1.222,20	484,00
Exame Us. Mamárias (bilateral)	RIO PIRACICABA	66	88,88	24,20	64,68	5.866,08	1.597,20
Exame Us. Mão (unilateral)	RIO PIRACICABA	8	61,11	24,20	36,91	488,88	193,60
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	RIO PIRACICABA	52	188,67	24,20	164,47	9.810,84	1.258,40
Exame Us. Obstétrica Por Feto	RIO PIRACICABA	25	61,11	24,20	36,91	1.527,75	605,00
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	RIO PIRACICABA	98	140,68	39,60	101,08	13.786,64	3.880,80
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	RIO PIRACICABA	29	61,11	24,20	36,91	1.711,08	677,60
Exame Us. Ombro Unilateral	RIO PIRACICABA	153	61,11	24,20	36,91	9.349,83	3.702,60
Exame Us. Panturrilha (unilateral)	RIO PIRACICABA	1	61,11	0,00	61,11	61,11	0,00
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	RIO PIRACICABA	22	67,22	24,20	43,02	1.478,84	532,40
Exame Us. Partes Moles	RIO PIRACICABA	16	61,11	0,00	61,11	977,76	0,00
Exame Us. Pé / Retropé / Plantar / Anti-Pé / Halux (unilateral)	RIO PIRACICABA	5	61,11	24,20	36,91	305,55	121,00
Exame Us. Pélvico Abdominal Com Doppler	RIO PIRACICABA	1	173,68	0,00	173,68	173,68	0,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	RIO PIRACICABA	10	67,22	24,20	43,02	672,20	242,00
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	RIO PIRACICABA	21	61,11	24,20	36,91	1.283,31	508,20
Exame Us. Perna Unilateral	RIO PIRACICABA	1	61,11	0,00	61,11	61,11	0,00
Exame Us. Punho (unilateral)	RIO PIRACICABA	26	61,11	24,20	36,91	1.588,86	629,20
Exame Us. Quadril (unilateral)	RIO PIRACICABA	7	61,11	24,20	36,91	427,77	169,40
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	RIO PIRACICABA	6	61,11	0,00	61,11	366,66	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	RIO PIRACICABA	41	73,88	24,20	49,68	3.029,08	992,20
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	RIO PIRACICABA	29	61,11	24,20	36,91	1.772,19	701,80
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	RIO PIRACICABA	9	164,26	24,20	140,06	1.478,34	217,80
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	RIO PIRACICABA	9	61,11	24,20	36,91	549,99	217,80
Exame Us.transretal	RIO PIRACICABA	15	65,00	24,20	40,80	2.895,00	363,00
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	RIO PIRACICABA	43	122,22	24,20	98,02	5.255,46	1.040,60
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	RIO PIRACICABA	7	100,00	45,50	54,50	700,00	318,50
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Afibercepte Incluindo Medicamento (Eylia)	RIO PIRACICABA	33	2.200,00	627,28	1.572,72	72.600,00	20.700,24
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Bevacizumabe Incluindo Medicamento (Avastin)	RIO PIRACICABA	4	1.500,00	82,28	1.417,72	6.000,00	329,12
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Ranibizumabe Incluindo Medicamento (Lucentis)	RIO PIRACICABA	17	2.200,00	0,00	2.200,00	37.400,00	5.131,48

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Injeção Oftalmológica INJEÇÃO INTRA - VITREO COM ANTIANGIOGENICO + PARACENTESE - ICISMEP	RIO PIRACICABA	7	373,65	0,00	373,65	2.615,55	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	9	2.303,40	0,00	2.303,40	20.730,60	0,00
Plantão Plantão Cirurgião Geral Com Carga Horaria 12 Horas	RIO PIRACICABA	4	1.166,00	0,00	1.166,00	4.664,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	RIO PIRACICABA	9	1.166,00	0,00	1.166,00	10.494,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	RIO PIRACICABA	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Anestesia / Laudo Pré Operatório - 12 Horas	RIO PIRACICABA	12	1.166,00	0,00	1.166,00	13.992,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	RIO PIRACICABA	60	1.166,00	0,00	1.166,00	69.960,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas - (Segunda á Quinta-feira - RP)	RIO PIRACICABA	40	1.166,00	0,00	1.166,00	46.640,00	0,00
Plantão Plantão Médico De Cirurgia De Mão, Com Carga Horaria De 08 Horas Para Atendimento No Municipio De Rio Piracicaba.	RIO PIRACICABA	6	1.166,00	0,00	1.166,00	6.996,00	0,00
Plantão Plantão Medico Na Especialidade De Nefrologia Fracionado Para O Municipio De Rio Piracicaba	RIO PIRACICABA	1	194,34	0,00	194,34	194,34	0,00
Plantão Plantão Médico Na Especialidade De Nefrologia Para Atendimento A Pacientes Dos Municípios Consórciados Ao Cismepi.	RIO PIRACICABA	10	1.166,00	0,00	1.166,00	11.660,00	0,00
Plantão Plantão Na Area De Gastroenterologista, Com Carga Horaria 12 Horas.	RIO PIRACICABA	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	RIO PIRACICABA	140	320,00	225,00	95,00	42.950,00	31.500,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	RIO PIRACICABA	98	320,00	225,00	95,00	30.160,00	22.050,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	RIO PIRACICABA	11	190,00	24,15	165,85	2.110,00	265,65
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	RIO PIRACICABA	25	190,00	24,15	165,85	4.910,00	603,75
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	RIO PIRACICABA	94	300,00	225,00	75,00	29.900,00	21.150,00
Procedimento Odontológico Protese Total Maxilar	RIO PIRACICABA	120	300,00	225,00	75,00	37.850,00	27.000,00
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.	RIO PIRACICABA	2	1.291,20	0,00	1.291,20	2.582,40	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 01 AMBULANCIA NO MINIMO TIPO B - 2024/2025 - 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.	RIO PIRACICABA	2	1.338,97	0,00	1.338,97	2.677,94	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.	RIO PIRACICABA	2	5.050,00	0,00	5.050,00	10.100,00	0,00
Transporte 01 OBSTETRICA - 2024/2025 - 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	2	5.236,85	0,00	5.236,85	10.473,70	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	2	5.008,80	0,00	5.008,80	10.017,60	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.	RIO PIRACICABA	7	3.808,00	0,00	3.808,00	26.656,00	0,00
Transporte 01 UTI - 2024/2025 - 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	8	3.948,89	0,00	3.948,89	31.591,12	0,00
Transporte 02 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, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento, Com Espera, C/S Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	RIO PIRACICABA	1	6.055,20	0,00	6.055,20	6.055,20	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.	RIO PIRACICABA	4	4.008,00	0,00	4.008,00	16.032,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Transporte 02 UTI - 2024/2025 - 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	5	4.156,29	0,00	4.156,29	20.781,45	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	1	2.505,60	0,00	2.505,60	2.505,60	0,00
Transporte 03 UTI - 2024/2025 - 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	1	2.598,30	0,00	2.598,30	2.598,30	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.	RIO PIRACICABA	6	2.630,00	0,00	2.630,00	15.780,00	0,00
Transporte 04 UTI - 2024/2025 - 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	7	2.727,31	0,00	2.727,31	19.091,17	0,00
Transporte UTI Cateterismo - Indenização	RIO PIRACICABA	1	7.350,00	0,00	7.350,00	7.350,00	0,00
Anestesia Anestesia Para O Procedimento De Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	66	207,00	22,27	184,73	13.662,00	1.469,82
Anestesia Anestesia Para Procedimento De Endoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	207,00	22,27	184,73	5.796,00	623,56
Cirurgia Capsulotomia (01 Olho) Ou Laser Yag Capsolotomia Posterior (01 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	243,04	112,77	130,27	486,08	225,54
Cirurgia Cirurgia De Gastrostomia C/ Troca Do Kit De Bonton	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	2.800,00	0,00	2.800,00	2.800,00	0,00
Cirurgia Histeroscopia Cirúrgica Para Biópsia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	1.148,00	76,50	1.071,50	13.028,00	765,00
Cirurgia Histeroscopia Diagnóstica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	760,00	25,00	735,00	1.520,00	50,00
Cirurgia OPME Em Cirurgias De Urgência E Emergência	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	18,00	0,00	18,00	18,00	0,00
Cirurgia Retirada De Corpo Estranho Da Córnea (1 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	67,08	25,00	42,08	134,16	50,00
Consulta Cardiologia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	340	70,00	10,00	60,00	23.800,00	3.400,00
Consulta Cirurgia Vascular Em Município Distinto Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	58	75,00	10,00	65,00	4.350,00	580,00
Consulta Cirurgião Cardiovascular Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	52	70,00	10,00	60,00	3.770,00	520,00
Consulta Consulta Cardiologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	229	65,00	10,00	55,00	14.885,00	2.290,00
Consulta Consulta Cirurgião Geral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	60,00	10,00	50,00	1.805,00	280,00
Consulta Consulta De Cardiologia Pediatrica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	16	60,00	10,00	50,00	1.010,00	160,00
Consulta Consulta De Clínico Geral (Infectologia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	48	60,00	10,00	50,00	3.025,00	480,00
Consulta Consulta De Neurologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	238	70,00	10,00	60,00	17.425,00	2.380,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Consulta Consulta De Pneumologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	33	70,00	10,00	60,00	2.450,00	330,00
Consulta Consulta De Urologia Fora Do Domicílio Do Contratado	SÃO DOMINGOS DO PRATA	151	70,00	10,00	60,00	10.905,00	1.510,00
Consulta Consulta Médica Em Atenção Especializada (Gastroenterologia) Icismep	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	56,50	0,00	56,50	56,50	0,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	60,00	10,00	50,00	550,00	90,00
Consulta Consulta Neurolgia Para Atendimento A Doenças Neurológicas(AVC,Epilepsia E Cefaleia) Em Municipio Distinto Do Domicilio Do Contrato.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	16	70,00	10,00	60,00	1.155,00	160,00
Consulta CONSULTAS PRÉ/PÓS OPERATÓRIAS CIRÚRGICAS E RISCO CIRÚRGICO PARA ATENDIMENTO AOS PACIENTES DOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS DO CISMEPI	SÃO DOMINGOS DO PRATA	66	70,00	10,00	60,00	4.620,00	660,00
Consulta Dermatologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	154	60,00	10,00	50,00	9.655,00	1.540,00
Consulta Endocrinologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	159	60,00	10,00	50,00	9.950,00	1.590,00
Consulta Gastroenterologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	19	65,00	10,00	55,00	1.235,00	190,00
Consulta Oftalmologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	122	37,39	10,00	27,39	5.156,58	1.220,00
Consulta Ortopedia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	370	60,00	10,00	50,00	23.315,00	3.700,00
Consulta Ortopedia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	836	70,00	10,00	60,00	61.170,00	8.360,00
Consulta Otorrinolaringologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	60,00	10,00	50,00	245,00	40,00
Consulta Otorrinolaringologia Fora Do Domicílio Do Prestador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	198	70,00	10,00	60,00	14.510,00	1.980,00
Consulta Proctologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	25	60,00	10,00	50,00	1.620,00	250,00
Consulta Urologia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	162	60,00	10,00	50,00	10.260,00	1.620,00
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 Analgesia Para O Procedimento De Us.+ Biopsia Transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	250,00	0,00	250,00	250,00	0,00
Exame Análise De Biopsia Renal - Biopsia Renal - Microscopia Óptica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	830,00	0,00	830,00	830,00	0,00
Exame Análise De Biopsia Renal - Imunoflorêscencia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	830,00	0,00	830,00	1.660,00	0,00
Exame Anatomo Patologico (tecido Humano)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	633	37,00	40,78	0,00	24.927,00	25.813,74
Exame Anatomo Patologico Do Colo Uterino (histopatológico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	52,00	61,77	0,00	52,00	61,77
Exame Angiofluoreceinografia (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	203,47	64,00	139,47	203,47	64,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	600,00	0,00	600,00	1.800,00	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Angiografia Por Ressonância Magnética Por Segmento Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	500,00	0,00	500,00	2.000,00	0,00
Exame Arteriografia Cerebral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	2.500,00	0,00	2.500,00	2.500,00	0,00
Exame Audiometria Tonal / Limiar (Via Aérea / Ósea)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	21,00	21,00	0,00	294,00	294,00
Exame Audiometria Vocal / Logoaudiometria (LDV - IRF - LRF)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	26,25	26,25	0,00	367,50	367,50
Exame Biópsia Aspirativa	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	29,00	0,00	29,00	174,00	0,00
Exame Biópsia Renal Por Punção	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	800,00	46,19	753,81	800,00	46,19
Exame Biópsia Transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	288,00	202,81	85,19	3.639,00	1.622,48
Exame Campimetria Computadorizada (02 Olhos) Ou Campo Visual (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	109,53	40,00	69,53	328,59	120,00
Exame Cateterismo (cinecoronariográfico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	1.600,00	730,04	869,96	8.000,00	3.650,20
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Esforço	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	518,10	408,52	109,58	3.108,60	2.451,12
Exame Cintilografia Do Miocárdio / Perfusão - Repouso	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	518,10	383,07	135,03	3.108,60	2.298,42
Exame Cintilografia óssea Com Ou Sem Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	195,00	190,99	4,01	195,00	190,99
Exame Cistoscopia E Uretrocistoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	250,00	18,00	232,00	500,00	36,00
Exame Citologia Cérvico Vaginal (citopatológico)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	15,00	13,72	1,28	15,00	13,72
Exame Colangiressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	600,00	268,75	331,25	2.400,00	1.075,00
Exame Colangiressonância / Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Colangiressonância/ Hidro - RM Ou Uro - RM Ou Mielo - RM Ou Sialo - RM Ou Cistografia Por RM	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	66	633,00	112,66	520,34	43.978,00	7.435,56
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Adulto)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	17	100,00	0,00	100,00	1.700,00	0,00
Exame Contraste Adicional Para Ressonância Magnética (Infantil)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	200,00	0,00	200,00	200,00	0,00
Exame Core Biopsy	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	300,00	140,00	160,00	300,00	140,00
Exame Curva Diária De Pressão (02 Olhos) Ou Cdpo - Curva Diária De Pressão Ocular (02 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	109,01	10,11	98,90	327,03	30,33
Exame Densitometria óssea Do Corpo Inteiro	SÃO DOMINGOS DO PRATA	34	125,78	55,10	70,68	4.276,52	1.873,40
Exame Dopplerfluxometria	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	61,11	0,00	61,11	488,88	0,00
Exame Duplex Scan Arterial De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	155,00	39,60	115,40	1.240,00	316,80
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	1	155,00	39,60	115,40	155,00	39,60
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	7	175,00	39,60	135,40	1.225,00	277,20
Exame Duplex Scan Venoso De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	55	155,00	39,60	115,40	8.525,00	2.178,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Duplex Scan Venoso De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	58	155,00	39,60	115,40	8.990,00	2.296,80
Exame Ecocardiografia Fetal Com Doppler A Cores	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	280,00	0,00	280,00	280,00	0,00
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	144	225,00	67,86	157,14	33.960,00	9.771,84
Exame Ecodopplercardiograma Transtorácico Infantil (0 A 15 Anos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	17	293,66	67,86	225,80	4.992,22	1.153,62
Exame Eletrocardiograma (ECG) Infantil Com Laudo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	15,80	5,15	10,65	189,60	61,80
Exame Eletroencefalograma	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	130,00	11,34	118,66	520,00	45,36
Exame Eletroencefalograma Com Mapeamento Cerebral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	250,00	25,00	225,00	250,00	25,00
Exame Eletroencefalograma Em Sono / Vigília	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	190,00	25,00	165,00	570,00	75,00
Exame Eletroencefalograma Em Vigília / EEG / Eletroencefalograma	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	130,00	11,34	118,66	650,00	56,70
Exame Eletroneuromiografia De M I D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	168,00	27,00	141,00	1.344,00	216,00
Exame Eletroneuromiografia De M I E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	168,00	27,00	141,00	1.344,00	216,00
Exame Eletroneuromiografia De M S D	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	168,00	27,00	141,00	1.512,00	243,00
Exame Eletroneuromiografia De M S E	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	168,00	27,00	141,00	1.512,00	243,00
Exame Emissões Otoacústicas - Teste Da Orelhinha	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	19,00	13,51	5,49	19,00	13,51
Exame Endoscopia Digestiva Alta	SÃO DOMINGOS DO PRATA	146	216,00	48,16	167,84	33.835,00	7.031,36
Exame Endoscopia Infantil C/ Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	738,00	48,16	689,84	738,00	48,16
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)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	615,00	0,00	615,00	615,00	0,00
Exame Estudo Urodinâmico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	250,00	7,62	242,38	3.250,00	99,06
Exame Fibronaso (Laringoscopia, Faringoscopia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	34	90,00	45,50	44,50	3.330,00	1.547,00
Exame Gonioscopia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	32,49	6,74	25,75	129,96	26,96
Exame Impedanciometria	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	23,00	23,00	0,00	322,00	322,00
Exame Mamografia Bilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	44	90,00	45,00	45,00	3.960,00	1.980,00
Exame Mamografia Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	90,00	22,50	67,50	360,00	180,00
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) Exame	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	25,40	24,24	1,16	25,40	24,24
Exame Mapeamento De Retina (2 Olhos) (consulta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	122	24,24	24,24	0,00	2.957,28	2.957,28
Exame Microscopia Especular (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	226,41	24,24	202,17	226,41	24,24
Exame Paquimetria (01 Olho)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	64,28	14,81	49,47	642,80	148,10
Exame Pentacam (Tomografia De Cornes) - Unidades Externas - ICISMEP	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	289,02	0,00	289,02	867,06	0,00
Exame Polissonografia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	500,00	125,00	375,00	2.750,00	750,00
Exame Polissonografia Com CPAP	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	125,00	325,00	450,00	125,00
Exame Prova Ventilatória C/ Bronco Dilatador	SÃO DOMINGOS DO PRATA	41	125,78	6,36	119,42	5.156,98	260,76
Exame Punção Da Tireoide (paaf Tireóide), Guiada Por US	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	190,00	23,73	166,27	1.140,00	142,38
Exame Punção Mama(PAAF MAMA), Guiada Por US	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	190,00	66,48	123,52	190,00	66,48

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe /Orofaringe / Laringe /Língua / Traqueia / Tiréioide / Paratireoide /Parótida / Glândulas Salivares	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética Coração Morfológico E Funcional	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	750,00	361,25	388,75	750,00	361,25
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) Com Contraste)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	600,00	268,75	331,25	1.200,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Superior(FÍGADO,PÂNCREAS,BAÇO,RINS,SUPRA-RENAIS,RETROPERITÔNIO)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	1.000,00	268,75	731,25	2.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	21	1.100,00	268,75	831,25	23.100,00	5.643,75
Exame Ressonância Magnética De Abdômen Total Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	1.000,00	268,75	731,25	2.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Atm (Bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De ATM (Bilateral) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
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 Braço / Antebraço (Unilateral) Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Cervical Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	15	500,00	268,75	231,25	7.500,00	4.031,25
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo - Sacra	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	500,00	268,75	231,25	5.000,00	2.687,50
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	600,00	268,75	331,25	2.400,00	1.075,00
Exame Ressonância Magnética De Coluna Lombo-Sacra Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	65	500,00	268,75	231,25	32.500,00	17.468,75
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 Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Coluna Torácica Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Coxa (Unilateral) Sem Contraste	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	11	500,00	268,75	231,25	5.500,00	2.956,25
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	30	600,00	268,75	331,25	18.000,00	8.062,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	650,00	268,75	381,25	1.300,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Com Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	650,00	268,75	381,25	650,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Infantil (0 Á 15 ANOS) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	268,75	181,25	450,00	268,75

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Ressonância Magnética De Crânio / Encéfalo Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	23	500,00	268,75	231,25	11.500,00	6.181,25
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	500,00	268,75	231,25	3.000,00	1.612,50
Exame Ressonância Magnética De Joelho (Unilateral) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	23	500,00	268,75	231,25	11.500,00	6.181,25
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ombro (Unilateral) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	500,00	268,75	231,25	3.500,00	1.881,25
Exame Ressonância Magnética De Órbitas Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Ouvido / Ossos Temporais Infantil (Bilateral) (0 Á 15 ANOS) Sem Sedação	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	450,00	0,00	450,00	450,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Pé / Retropé, Plantar / Anti - Pé / Halux / Calcâneo (Unilateral) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	600,00	268,75	331,25	4.800,00	2.150,00
Exame Ressonância Magnética De Pelve / Bacia / Sacro Iliaca /Glúteo Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Perna (unilateral) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Pescoço / Cervical / Nasofaringe / Orofaringe / Laringe / Língua / Traqueia / Tireoide / Paratireoide / Parótida / Glandulas Salivares Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Plexo Braquial (desfiladeiro Torácico) Ou Lombrossacral (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	0,00	500,00	1.000,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Punho (Unilateral) Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	600,00	268,75	331,25	600,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Quadril (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	500,00	268,75	231,25	1.000,00	537,50
Exame Ressonância Magnética De Seios Da Face / Seios Paranasais / Face	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	0,00	500,00	500,00	0,00
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Com Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	600,00	268,75	331,25	1.800,00	806,25
Exame Ressonância Magnética De Sela Túrcica (Hipófise) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tórax (Mediastino, Pulmão, Parede Torácica)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	500,00	268,75	231,25	500,00	268,75
Exame Ressonância Magnética De Tornozelo (Unilateral) Sem Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	500,00	268,75	231,25	1.500,00	806,25
Exame Retinografia (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	78,09	24,68	53,41	312,36	98,72
Exame Retirada De Poliectomia Para O Procedimento De Colonoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	173,00	13,63	159,37	2.076,00	163,56
Exame Retirada De Poliectomia Para O Procedimento De Endoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	172,00	29,84	142,16	1.032,00	179,04
Exame Retossigmoidoscopia	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	200,00	23,13	176,87	600,00	69,39
Exame Rx Joelho Ap + Lat (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	21,24	6,78	14,46	21,24	6,78

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
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	24	420,00	138,63	281,37	10.080,00	3.327,12
Exame Tc. Abdômen Total Ou Urotomografia S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	123	320,00	138,63	181,37	39.360,00	17.051,49
Exame Tc. Coluna Cervical Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	130,14	86,76	43,38	1.171,26	780,84
Exame Tc. Coluna Dorsal Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	130,14	86,76	43,38	390,42	260,28
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	236,50	101,10	135,40	236,50	101,10
Exame Tc. Coluna Lombar Até 03 Segmentos S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	27	136,50	101,10	35,40	3.685,50	2.729,70
Exame Tc. Coxo Femural S/ Contraste (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Crânio C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	230,00	97,44	132,56	1.380,00	584,64
Exame Tc. Crânio S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	229	130,00	97,44	32,56	29.770,00	22.313,76
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	20	600,00	0,00	600,00	12.000,00	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. Mandíbula S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	130,00	86,75	43,25	130,00	86,75
Exame Tc. Mastóides/orelha/ouvido/rochedos/ossos Temporais/capsulas Opticas/meatos Acústicos C/Contraste(Bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	230,00	97,44	132,56	460,00	194,88
Exame Tc. Ombro S/ Contraste (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	110,00	86,75	23,25	110,00	86,75
Exame Tc. Orbitas C/ Contraste (Bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	230,00	0,00	230,00	230,00	0,00
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	1	230,12	86,75	143,37	230,12	86,75
Exame Tc. Pescoço/Região Cervical/Tireóide/Faringe/Nasofaringe/Orofaringe/Glândulas Salivares/Língua/Traqueia/Glândulas Submandibulares S/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	130,12	86,75	43,37	130,12	86,75
Exame Tc. Quadril C/ Contraste (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	210,00	0,00	210,00	210,00	0,00
Exame Tc. Segmentos Apendiculares (braço, Antebraço,mão,pé, Coxa, Fêmur, Tornozelo, Perna)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	130,00	86,75	43,25	390,00	260,25
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/ Face S/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	130,00	86,75	43,25	1.820,00	1.214,50
Exame Tc. Seios Da Face/ Seios Paranasais/Face C/Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	230,00	86,75	143,25	230,00	86,75
Exame Tc. Tórax C/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	304,61	136,41	168,20	913,83	409,23
Exame Tc. Tórax S/ Contraste	SÃO DOMINGOS DO PRATA	76	204,61	136,41	68,20	15.550,36	10.367,16
Exame Teste Ergométrico	SÃO DOMINGOS DO PRATA	23	95,00	30,00	65,00	2.185,00	690,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Tomografia De Coerência Óptica (oct) - 2 Olhos	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	440,24	48,00	392,24	1.760,96	192,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Disco Óptico Ou Nervo Óptico - 02 OLHOS	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	440,24	48,00	392,24	440,24	48,00
Exame Tomografia De Coerência Óptica (OCT) Macular - 02 OLHOS	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	440,24	48,00	392,24	440,24	48,00
Exame Tonometria De Aplanção (2 Olhos) (consulta)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	122	3,37	3,37	0,00	411,14	411,14
Exame Topografia Corneana (2 Olhos)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	133,49	24,24	109,25	133,49	24,24
Exame Us. Abdomen Superior (fígado, Vias Biliares, Vesícula, Pâncreas E Baço)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	73,88	24,20	49,68	221,64	72,60
Exame Us. Abdomen Total (abdômen Superior, Rins, Bexiga, Aorta, Veia Cava Inferior E Adrenais)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	49	113,33	37,95	75,38	5.553,17	1.859,55
Exame Us. Abdominal Superior Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	164,26	24,20	140,06	164,26	24,20
Exame Us. Axilas (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	36	88,88	0,00	88,88	3.199,68	0,00
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos	SÃO DOMINGOS DO PRATA	8	67,22	24,20	43,02	537,76	193,60
Exame Us. Bolsa Escrotal / Testículos Com Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	181,12	24,20	156,92	905,60	121,00
Exame Us. Cotovelo (Unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	67,22	24,20	43,02	67,22	24,20
Exame Us. Endovaginal / Transvaginal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	26	67,22	24,20	43,02	1.747,72	629,20
Exame Us. Mamárias (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	48	84,80	24,20	60,60	4.262,16	1.161,60
Exame Us. Obstétrica Morfológica Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	65	188,67	24,20	164,47	12.263,55	1.573,00
Exame Us. Obstétrica Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	54	61,11	24,20	36,91	3.299,94	1.306,80
Exame Us. Obstétrico C/ Estudo De Dois Vasos Com Doppler Colorido Por Feto	SÃO DOMINGOS DO PRATA	39	140,68	39,60	101,08	5.486,52	1.544,40
Exame Us. Obstétrico/endovaginal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	55	61,11	24,20	36,91	3.361,05	1.331,00
Exame Us. Ombro Unilateral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	61,11	24,20	36,91	183,33	72,60
Exame Us. Parede Abdominal (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	14	67,22	24,20	43,02	941,08	338,80
Exame Us. Partes Moles	SÃO DOMINGOS DO PRATA	5	61,11	0,00	61,11	305,55	0,00
Exame Us. Pélvico Feminino / Ginecológica	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	67,22	24,20	43,02	134,44	48,40
Exame Us. Pélvico Masculino / Prostático Via Abdominal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	61,11	24,20	36,91	794,43	314,60
Exame Us. Punho (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	61,11	24,20	36,91	61,11	24,20
Exame Us. Região Inguinal (bilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	61,11	0,00	61,11	366,66	0,00
Exame Us. Rins E Vias Urinárias	SÃO DOMINGOS DO PRATA	20	73,88	24,20	49,68	1.477,60	484,00
Exame US. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais	SÃO DOMINGOS DO PRATA	11	61,11	24,20	36,91	672,21	266,20
Exame Us. Tireóide / Cervical / Cadeias Linfonodais Cervicais C/ Doppler	SÃO DOMINGOS DO PRATA	11	164,26	24,20	140,06	1.806,86	266,20
Exame Us. Tornozelo / Tendão De Aquiles / Aquiles / Calcâneo (unilateral)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	61,11	24,20	36,91	61,11	24,20
Exame Us.transretal	SÃO DOMINGOS DO PRATA	13	65,00	24,20	40,80	2.445,00	314,60
Exame Us.transvaginal/endovaginal/obstétrico Com Translucência Nucal(por Feto)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	43	122,22	24,20	98,02	5.255,46	1.040,60

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Exame Video (nasofaringolaringoscopia/laringoscopia)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	90,00	45,50	44,50	690,00	318,50
Injeção Oftalmológica Aplicação Intravitrea De Ranibizumabe Incluindo Medicamento (Lucentis)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	2.200,00	627,28	1.572,72	2.200,00	627,28
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	9	2.736,80	0,00	2.736,80	24.631,20	0,00
Plantão Plantão Cirurgião Geral Com Carga Horaria 12 Horas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	1.166,00	0,00	1.166,00	11.660,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Otorrino, Com Carga Horaria 12 Horas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	1.166,00	0,00	1.166,00	8.162,00	0,00
Plantão Plantão Clínico Geral Na Area De Reumatologia, Com Carga Horaria 12 Horas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	1.166,00	0,00	1.166,00	8.162,00	0,00
Plantão Plantão Médico - Ultrassonografista - 10 Horas	SÃO DOMINGOS DO PRATA	95	1.166,00	0,00	1.166,00	110.770,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas - (Segunda á Quinta-feira - RP)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	1.166,00	0,00	1.166,00	6.996,00	0,00
Plantão Plantão Médico Cirurgião Geral - 12 Horas - (Sexta-feira - SDP)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	28	1.166,00	0,00	1.166,00	32.648,00	0,00
Plantão Plantão Médico Clínico Geral	SÃO DOMINGOS DO PRATA	12	1.000,00	0,00	1.000,00	12.000,00	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	142	1.600,00	0,00	1.600,00	227.200,00	0,00
Plantão Plantão Medico Na Especialidade De Nefrologia Fracionado Para O Municipio De São Domingos Do Prata	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	194,33	0,00	194,33	194,33	0,00
Plantão Plantão Médico Na Especialidade De Nefrologia Para Atendimento A Pacientes Dos Municípios Consórciados Ao Cismepi.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	9	1.166,00	0,00	1.166,00	10.494,00	0,00
Plantão Plantão Na Area De Gastroenterologista, Com Carga Horaria 12 Horas.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	1.166,00	0,00	1.166,00	1.749,00	0,00
Plantão Plantão Na Área De Mastologia, Com Carga Horária 12 Horas (Duas Vezes Por Semana)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	1.166,00	0,00	1.166,00	1.166,00	0,00
Plantão Prestação De Serviços De Enfermagem A Serem Prestados No Presidio De Nova Era (SDP)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	4	1.033,00	0,00	1.033,00	4.132,00	0,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Mandibular Removível	SÃO DOMINGOS DO PRATA	10	320,00	225,00	95,00	3.000,00	2.250,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Maxilar Removível	SÃO DOMINGOS DO PRATA	7	320,00	225,00	95,00	1.940,00	1.575,00
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Mandibular	SÃO DOMINGOS DO PRATA	37	190,00	24,15	165,85	7.190,00	893,55
Procedimento Odontológico Prótese Parcial Removível Imediata Maxilar	SÃO DOMINGOS DO PRATA	30	190,00	24,15	165,85	5.860,00	724,50

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

PROCEDIMENTO	MUNICÍPIO	QUANTIDADE	VALOR	VALOR SUS	DIFERENÇA	VL. TOTAL	VL. TOT. SUS
Procedimento Odontológico Prótese Total Mandibular	SÃO DOMINGOS DO PRATA	38	300,00	225,00	75,00	11.750,00	8.550,00
Procedimento Odontológico Prótese Total Maxilar	SÃO DOMINGOS DO PRATA	90	300,00	225,00	75,00	28.650,00	20.250,00
Transporte 01 OBSTETRICA - 2024/2025 - UTI Obstétrica (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.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	5.236,85	0,00	5.236,85	10.473,70	0,00
Transporte 01 PEDIATRICA/NEONATAL - 2024/2025 - 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.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	3	5.194,12	0,00	5.194,12	15.582,36	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	12	3.808,00	0,00	3.808,00	45.696,00	0,00
Transporte 01 UTI - 2024/2025 - 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	3.948,89	0,00	3.948,89	31.591,12	0,00
Transporte 02 UTI - 2024/2025 - 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	4.156,29	0,00	4.156,29	4.156,29	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	SÃO DOMINGOS DO PRATA	6	2.505,60	0,00	2.505,60	15.033,60	0,00
Transporte 03 UTI - 2024/2025 - 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	4	2.598,30	0,00	2.598,30	10.393,20	0,00
Transporte 04 PEDIATRICA/NEONATAL - 2024/2025 - Pediátrica/Neonatal (Idade 0 Dias á 17 Anos) - Remoção Entre As Cidades Da Micro De JM E Itabira, Ou Entre Cidades Dentro De Uma única Dessas Micros Citadas, Para Realização De Exames, Consultas, Procedimentos E Tratamento Com Espera , C/S Retorno Do Paciente Para Cidade De Origem.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	4.156,29	0,00	4.156,29	4.156,29	0,00

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS POR MUNICÍPIO

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PROCEDIMENTOS REALIZADOS - PERÍODO: 01/01/2024 à 31/12/2024

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.	SÃO DOMINGOS DO PRATA	2	2.630,00	0,00	2.630,00	5.260,00	0,00
Transporte 04 UTI - 2024/2025 - 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	2.727,31	0,00	2.727,31	8.181,93	0,00
Transporte UTI - INDENIZAÇÃO(VALE DO PIRANGA SERVIÇOS EM SAUDE LTDA)	SÃO DOMINGOS DO PRATA	1	8.200,00	0,00	8.200,00	8.200,00	0,00
TOTAL GERAL		120.717				16.170.554,12	3.750.563,50