

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

Total por Procedimento. Digitados entre 01/01/2023 e 31/12/2023 Munic. de Abelardo Luz

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
1287	-CONSULTA RETORNO 30 DIAS / OU 60 A 90 DIAS COM EXAMES (SEM CUSTO)	9	0,00	0,00	0,00
107	0201010372-BIÓPSIA PELE E PARTES MOLES (PELE, TECIDO CELULAR OU GÂNGLIOS SUBCUTÂNEOS, PAREDE ABDOMINAL)	8	800,00	206,64	593,36
18	0201010470-BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF	23	6.088,10	545,79	5.542,31
17	0201010542-BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRA. DE PROSTATA TRANSRETAL	3	1.080,00	0,00	1.080,00
1281	0201010542-BIOPSIA PERCUTANEA ORIENTADA POR TMC/ ULTRASSON./RNM/ RX	1	360,00	97,00	263,00
19	0201010585-PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)	5	1.323,50	332,40	991,10
20	0201010607-PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSIA)	5	1.323,50	700,00	623,50
10	0203010035-EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	19	1.748,00	398,24	1.349,76
12	0203020030-EXAME ANATOMOPATOLÓGICO P/ CONGELAMENTO /PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	161	14.812,00	6.565,58	8.246,42
6	0203020049-IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR/ MAXIMO 6 POR PCTE)	1	430,99	131,52	299,47
13	0203020065-EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	8	736,00	366,64	369,36
14	0203020081-EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	2	184,00	81,56	102,44
343	0204020131-RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL	6	600,00	0,00	600,00
346	0204030153-RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	1	30,00	9,50	20,50
299	0204030188-MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	39	2.340,00	1.755,00	585,00
325	0204040108-RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	2	60,00	12,00	48,00
119	0204060028-DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (DOIS SEGMENTOS)	54	5.897,88	2.975,40	2.922,48
316	0204060036-ESCANOMETRIA	1	30,00	7,77	22,23
50	0205010032-ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	452	107.336,44	30.672,72	76.663,72
442	0205010040-DOPPLER AORTA E ILIACA	1	150,00	0,00	150,00
441	0205010040-DOPPLER ARTERIAL RENAL	8	1.200,00	0,00	1.200,00
439	0205010040-DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR/UNILATERAL	55	8.250,00	0,00	8.250,00
440	0205010040-DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/ UNILATERAL	311	46.650,00	0,00	46.650,00
444	0205010040-DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR/ UNILATERAL	4	600,00	0,00	600,00
437	0205010040-DOPPLER DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS)	24	4.320,00	0,00	4.320,00
436	0205010040-ECODOPPLER TRANSVAGINAL	1	180,00	0,00	180,00
227	0205020020-PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	16	410,24	236,96	173,28
414	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	3	268,50	113,85	154,65
430	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	2	190,62	0,00	190,62
415	0205020054-ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	2	114,92	48,40	66,52
416	0205020062-ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	9	517,14	217,80	299,34
252	0205020089-ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ ORBITA (MONOCULAR)	3	124,62	72,60	52,02
419	0205020097-ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	1	49,05	24,20	24,85
420	0205020100-ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	1	57,46	24,20	33,26

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

Total por Procedimento. Digitados entre 01/01/2023 e 31/12/2023 Munic. de Abelardo Luz

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
421	0205020119-ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	7	392,49	169,40	223,09
427	0205020143-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	5	560,70	0,00	560,70
423	0205020143-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	1	57,46	24,20	33,26
426	0205020143-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	43	4.822,02	0,00	4.822,02
424	0205020151-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSADO	42	4.709,88	1.663,20	3.046,68
428	0205020178-ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	5	560,70	121,00	439,70
429	0205020186-ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	9	517,14	217,80	299,34
392	0206010028-TOMOGRRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	4	560,00	404,40	155,60
396	0206010044-TOMOGRRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES	5	700,00	433,75	266,25
404	0206010052-ANGIOTOMOGRRAFIA DE PESCOÇO, INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS (INCLUI CAROTIDAS)	5	2.100,00	0,00	2.100,00
400	0206010052-TOMOGRRAFIA DE PESCOÇO	1	140,00	86,75	53,25
403	0206010079-ANGIOTOMOGRRAFIA DE CRÂNIO INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	1	420,00	0,00	420,00
389	0206010079-TOMOGRRAFIA DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	91	12.740,00	8.867,04	3.872,96
394	0206020015-TOMOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR (ESTERNO CLAVICULAR/OMBRO/COTOVELO E PUNHO)	2	280,00	173,50	106,50
402	0206020023-TOMOGRRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES (BRAÇO, ANTEBRAÇO, MÃO, COXA, PERNA, PÉ)	1	140,00	86,75	53,25
405	0206020031-ANGIOTOMOGRRAFIA DE TÓRAX, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	2	840,00	0,00	840,00
399	0206020031-TOMOGRRAFIA DE TÓRAX	65	12.350,00	8.866,65	3.483,35
408	0206030010-ANGIOTOMOGRRAFIA DE ABDOMEN INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS, COMPREENDENDO VASOS ILÍACOS;	6	3.120,00	0,00	3.120,00
397	0206030010-TOMOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	71	9.940,00	9.842,73	97,27
407	0206030029-ANGIOTOMOGRRAFIA DE MEMBROS INFERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	1	420,00	0,00	420,00
395	0206030029-TOMOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	5	700,00	433,75	266,25
401	0206030037-TOMOGRRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	63	8.820,00	8.733,69	86,31
410	0206030037-UROTOMOGRRAFIA	1	348,00	0,00	348,00
379	0207010030-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	15	4.031,25	4.031,25	0,00
379	0207010030-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	34	10.051,08	9.137,50	913,58
377	0207010048-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	127	34.131,25	34.131,25	0,00
377	0207010048-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	151	44.638,62	40.581,25	2.794,48
378	0207010056-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA	4	1.075,00	1.075,00	0,00
378	0207010056-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA	9	2.660,58	2.418,75	241,83
383	0207010064-RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO(boca/face/orbitas/ouvidos)	30	8.062,50	8.062,50	0,00
383	0207010064-RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO(boca/face/orbitas/ouvidos)	57	16.850,34	15.318,75	1.316,63
382	0207010072-RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TÚRCICA	4	1.182,48	1.075,00	107,48
375	0207020027-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	6	1.612,50	1.612,50	0,00
375	0207020027-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS SUPERIORES	36	10.642,32	9.675,00	510,53

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

Total por Procedimento. Digitados entre 01/01/2023 e 31/12/2023 Munic. de Abelardo Luz

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
	(UNILATERAL)				
386	0207020035-RESSONANCIA MAGNETICA DE TÓRAX	4	1.182,48	1.075,00	107,48
385	0207030014-RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	10	2.687,50	2.687,50	0,00
385	0207030014-RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	20	5.912,40	5.375,00	537,40
381	0207030022-RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	14	3.762,50	3.762,50	0,00
381	0207030022-RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	26	7.686,12	6.987,50	671,75
376	0207030030-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	42	11.287,50	11.287,50	0,00
376	0207030030-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	164	48.481,68	44.075,00	2.498,91
384	0207030049-RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/ COLANGIORRESSONANCIA	5	1.478,10	1.343,75	134,35
60	0208010025-CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	34	19.782,56	13.889,68	5.892,88
61	0208010033-CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM REPOUSO (MINIMO 3 PROJEÇÕES)	34	18.550,06	13.024,38	5.525,68
68	0208020039-CINTILOGRAFIA DE GLÂNDULAS SALIVARES C/ OU S/ ESTÍMULO	1	125,18	87,89	37,29
73	0208030026-CINTILOGRAFIA DE TIREÓIDE COM OU SEM CAPTAÇÃO	1	110,06	77,28	32,78
78	0208040056-CINTILOGRAFIA RENAL/RENOGRAMA (QUALITATIVA E/OU QUANTITATIVA)	2	980,80	266,06	714,74
84	0208050035-CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	4	1.088,08	763,96	324,12
88	0208080040-LINFOCINTILOGRAFIA	1	201,29	141,33	59,96
294	0209010029-COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	17	6.664,00	1.915,22	4.748,78
294	0209010029-COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	95	45.600,00	10.702,70	34.897,30
161	0209010037-ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM TESTE DE UREASE - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	14	3.108,00	674,24	2.433,76
161	0209010037-ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM TESTE DE UREASE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	128	46.080,00	6.164,48	39.915,52
191	0209040025-LARINGOSCOPIA	3	356,19	141,42	214,77
47	0211020036-ELETROCARDIOGRAMA (ECG) - PRÉ-OPERATÓRIO	17	302,60	87,55	215,05
51	0211020044-HOLTER (MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS - 3 CANAIS)	49	7.912,03	1.470,00	6.442,03
52	0211020052-MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (MAPA)	49	7.912,03	493,43	7.418,60
53	0211020060-TESTE ERGOMÉTRICO OU ESFORÇO	10	900,00	300,00	600,00
53	0211020060-TESTE ERGOMÉTRICO OU ESFORÇO	89	13.350,00	2.670,00	10.380,00
173	0211050024-ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO	13	1.112,54	147,42	965,12
173	0211050024-ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO	59	6.043,37	669,06	5.239,51
174	0211050032-ELETROENCEFALOGRAFIA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	8	835,76	200,00	635,76
174	0211050032-ELETROENCEFALOGRAFIA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	38	4.710,48	950,00	3.702,01

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

Total por Procedimento. Digitados entre 01/01/2023 e 31/12/2023 Munic. de Abelardo Luz

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
179	0211050083-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES E SUPERIORES - MI/MS	3	1.854,72	0,00	1.854,72
285	0211050105-POLISSONOGRAMA CARDIORRESPIRATÓRIA DOMICILIAR (COM PELO MENOS QUATRO CANAIS)	39	18.721,95	0,00	18.721,95
286	0211050105-POLISSONOGRAMA DE TITULAÇÃO DE BIPAP/CPAP COM HOLTER DE OXIMETRIA DOMICILIAR OU EM LABORATÓRIO	6	2.880,30	0,00	2.880,30
194	0211060011-BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	7	357,35	169,68	187,67
199	0211060038-CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	7	897,61	280,00	617,61
202	0211060054-CERATOMETRIA (MONOCULAR)	9	459,45	30,33	429,12
224	0211060127-MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	19	944,11	460,56	483,55
225	0211060143-MICROSCOPIA ESPECULAR DE Córnea (MONOCULAR)	11	546,59	266,64	279,95
232	0211060178-RETINOGRAMA COLORIDA (BINOCULAR)	7	350,00	172,76	177,24
231	0211060186-RETINOGRAMA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	1	208,37	64,00	144,37
240	0211060267-TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea – CERATOSCOPIA (BINOCULAR)	1	60,00	24,24	35,76
239	0211060283-TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA- OCT (BINOCULAR)	7	1.111,74	336,00	775,74
144	0211070041-AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	36	897,12	756,00	141,12
144	0211070041-AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	116	3.480,00	2.436,00	998,28
145	0211070149-EMISSAO EVOCADA PARA TRIAGEM AUDITIVA – TESTE DA ORELHINHA	4	64,16	54,04	10,12
1284	0211070157-ESTUDO DE EMISSOES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA)	2	384,68	93,76	290,92
151	0211070203-IMITANCIOMETRIA	72	1.965,60	1.656,00	309,60
152	0211070211-LOGO AUDIOMETRIA (LDV/IRF/LRF)	152	4.871,60	3.990,00	881,60
158	0211070262-POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA (BERA)	23	4.423,82	1.078,24	3.345,58
149	0211070270-POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA (TESTE DA ORELHINHA)	1	16,04	13,51	2,53
157	0211070343-TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	5	961,70	46,80	914,90
275	0211080055-ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	89	11.570,00	566,04	11.003,96
445	0211090018-AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA	13	5.148,00	99,06	5.048,94
446	0211090042-CISTOMETRIA SIMPLES (CISTOSCOPIA)	2	680,00	17,64	662,36
1277	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA	13	1.560,00	130,00	1.430,00
1277	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA	41	6.047,50	410,00	5.445,00
2	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CABEÇA E PESCOÇO	2	180,00	20,00	160,00
2	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CABEÇA E PESCOÇO	4	440,00	40,00	360,00
22	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA (CONSULTA/ELETROCARDIOGRAMA E LAUDO)	37	3.330,00	370,00	2.960,00
22	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA (CONSULTA/ELETROCARDIOGRAMA E LAUDO)	508	66.040,00	5.080,00	59.200,00
24	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	42	3.780,00	420,00	3.360,00
24	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	230	25.300,00	2.300,00	21.900,00
46	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA VASCULAR	1	90,00	10,00	80,00
46	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA VASCULAR	2	220,00	20,00	200,00

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

Total por Procedimento. Digitados entre 01/01/2023 e 31/12/2023 Munic. de Abelardo Luz

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
25	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	36	3.240,00	360,00	2.880,00
25	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	170	18.700,00	1.700,00	16.540,00
26	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	36	4.320,00	360,00	3.960,00
26	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	226	33.335,00	2.260,00	30.552,50
28	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	65	7.150,00	650,00	6.500,00
29	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM GERIATRIA	2	220,00	20,00	200,00
30	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	1	90,00	10,00	80,00
30	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	59	6.490,00	590,00	5.880,00
33	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	11	1.210,00	110,00	1.020,00
34	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	10	1.475,00	100,00	1.375,00
36	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	54	6.480,00	540,00	5.940,00
36	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	308	45.430,00	3.080,00	41.607,50
1283	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	20	2.400,00	200,00	2.200,00
1283	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	56	8.260,00	560,00	7.700,00
37	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (CONSULTA INCLUI: GONIOSCOPIA, FUNDOSCOPIA, CHECK-UP DE GLAUCOMA E TONOMETRIA)	3	270,00	30,00	240,00
37	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (CONSULTA INCLUI: GONIOSCOPIA, FUNDOSCOPIA, CHECK-UP DE GLAUCOMA E TONOMETRIA)	45	5.850,00	450,00	5.360,00
40	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	88	7.920,00	880,00	7.040,00
40	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	997	109.670,00	9.970,00	96.980,00
38	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	2	180,00	20,00	160,00
38	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	79	8.690,00	790,00	7.840,00
41	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	24	2.160,00	240,00	1.920,00
41	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	166	18.260,00	1.660,00	16.240,00
42	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	19	2.280,00	190,00	2.090,00
42	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	117	17.257,50	1.170,00	15.785,00
44	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	33	3.960,00	330,00	3.630,00
44	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	185	27.287,50	1.850,00	24.750,00
45	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	4	360,00	40,00	320,00
45	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	166	18.260,00	1.660,00	16.500,00
293	0301010072-CONSULTA MEDICA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL	1	120,00	0,00	120,00
293	0301010072-CONSULTA MEDICA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL	19	2.802,50	0,00	2.720,00
1014	0301010072-CONSULTA PRE-CIRURGICA ANESTESICA	28	2.800,00	280,00	2.520,00
1014	0301010072-CONSULTA PRE-CIRURGICA ANESTESICA	140	15.400,00	1.400,00	13.790,00
116	0303080019-CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	2	870,00	2,96	867,04
263	0303090030-INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	27	1.350,00	152,01	1.197,99
112	0401010040-ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA – 05 LESÕES	17	2.380,00	201,28	2.178,72
118	0401010066-EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES FERIMENTOS DE PELE/ANEXOS E MUCOSA	3	1.305,00	0,00	1.305,00
113	0401010074-EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO E LIPOMA	20	3.600,00	249,20	3.350,80
117	0401010090-FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES	1	435,00	11,84	423,16

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

Total por Procedimento. Digitados entre 01/01/2023 e 31/12/2023 Munic. de Abelardo Luz

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
	CUTÂNEAS				
1035	0401020100-EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO SEM AIH	17	9.487,87	2.687,87	6.800,00
1193	0403020123-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TUNEL ÓSSEO FIBROSO AO NÍVEL DO CARPO SEM AIH	2	2.695,24	695,24	2.000,00
1219	0404010016-ADENOIDECTOMIA SEM AIH	3	2.544,54	1.044,54	1.500,00
1218	0404010024-AMIGDALECTOMIA SEM AIH	1	806,57	306,57	500,00
1224	0404010415-TURBINECTOMIA SEM AIH	1	815,65	315,65	500,00
1222	0404010482-SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO SEM AIH	1	647,46	247,46	400,00
220	0405030045-FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	5	1.750,50	538,05	1.212,45
200	0405050020-CAPSULOTOMIA A YAG LASER	2	915,08	225,54	689,54
230	0405050402-RADIACAO PARA CROSS-LINKING CORNEANO	1	1.250,00	372,72	877,28
1017	0406020566-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (BILATERAL) SEM AIH	4	7.733,92	3.333,92	4.400,00
1016	0406020574-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE VARIZES (UNILATERAL) SEM AIH	17	27.917,23	11.767,23	16.150,00
4	0407010254-POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS PÓLIPOS) - RETIRADA DE PÓLIPO DO 1 TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	1	189,97	29,84	160,13
4	0407010254-POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS PÓLIPOS) - RETIRADA DE PÓLIPO DO 8 TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	8	1.999,76	238,72	1.761,04
1036	0407020276-FISTULECTOMIA / FISTULOTOMIA ANAL SEM AIH	1	763,90	363,90	400,00
1018	0407020284-HEMORROIDECTOMIA SEM AIH	6	4.595,64	1.895,64	2.700,00
295	0407020390-RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/ POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE POLIPECTOMIA (ATE 3 POLIPOS)	2	379,94	27,26	352,68
295	0407020390-RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/ POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE POLIPECTOMIA (ATE 3 POLIPOS)	89	28.480,00	1.213,07	26.486,75
1022	0407030026-COLECISTECTOMIA SEM AIH	21	34.573,14	20.923,14	13.650,00
1032	0407040064-HERNIOPLASTIA EPIGÁSTRICA SEM AIH	1	1.301,73	801,73	500,00
1031	0407040080-HERNIOPLASTIA INCISIONAL SEM AIH	1	1.039,92	539,92	500,00
1027	0407040102-HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) SEM AIH	3	3.413,91	1.913,91	1.500,00
1025	0407040129-HERNIOPLASTIA UMBILICAL SEM AIH	6	5.609,94	2.609,94	3.000,00
1081	0408010142-REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) SEM AIH	10	14.235,10	4.235,10	10.000,00
1085	0408010231-TRATAMENTO CIRÚRGICO DA SÍNDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL SEM AIH	10	6.957,50	2.957,50	4.000,00
1195	0408020300-TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR SEM AIH	2	1.189,78	389,78	800,00
1104	0408020466-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO SEM AIH	1	650,56	250,56	400,00
1105	0408020482-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LESÃO AGUDA CAPSULO-LIGAMENTAR DO MEMBRO	1	641,43	241,43	400,00
1110	0408020555-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE/RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO/ PERDA ÓSSEA DA MÃO SEM AIH	1	603,12	203,12	400,00
1130	0408050136-RECONSTRUÇÃO DE TENDÃO PATELAR/ TENDÃO QUADRIPITAL SEM AIH	1	2.202,18	1.602,18	600,00
1133	0408050160-RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) SEM AIH	3	13.189,50	6.882,96	6.306,54
1138	0408050390-TRANSFERÊNCIA MUSCULAR/ TENDINOSA NO MEMBRO INFERIOR SEM AIH	1	898,16	498,16	400,00

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

Total por Procedimento. Digitados entre 01/01/2023 e 31/12/2023 Munic. de Abelardo Luz

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
1148	0408050578-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR SEM AIH	1	881,49	481,49	400,00
1202	0408050896-TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL SEM AIH	8	11.806,40	3.806,40	8.000,00
1163	0408050918-TRATAMENTO CIRÚRGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO SEM AIH	1	736,60	336,60	400,00
1164	0408050926-TRATAMENTO DE LESOES OSTEO-CONDRAIS POR FIXAÇÃO OU MOSAICOPLASTIA JOELHO/TORNOZELO SEM AIH	6	11.582,22	7.982,22	3.600,00
1168	0408060085-BURSECTOMIA SEM AIH	11	6.749,93	2.349,93	4.400,00
1169	0408060131-EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/OUS/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES SEM AIH	1	542,06	142,06	400,00
1199	0408060182-OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ SEM AIH	1	727,25	327,25	400,00
1175	0408060352-RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO SEM AIH	1	551,66	151,66	400,00
1179	0408060425-REVISÃO CIRURGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS SEM AIH	1	607,02	207,02	400,00
1204	0408060441-TENOLISE SEM AIH	2	1.258,80	458,80	800,00
1180	0408060468-TENOMIOTOMIA/ DESINSERÇÃO SEM AIH	2	1.217,88	417,88	800,00
1181	0408060476-TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO SEM AIH	3	3.540,60	2.040,60	1.500,00
1184	0408060549-TRANSPOSIÇÃO/ TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA ÚNICA SEM AIH	2	1.228,42	428,42	800,00
1270	0409050083-POSTECTOMIA SEM AIH	11	9.560,32	2.410,32	7.150,00
1041	0409060038-EXCISÃO TIPO 3 DO COLO UTERINO - CONIZACAO SEM AIH	1	943,66	443,66	500,00
1039	0409060046-CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATAÇÃO DO COLO DO UTERO SEM AIH	2	1.134,84	334,84	800,00
1042	0409060119-HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) SEM AIH	9	14.432,76	9.932,76	4.500,00
1046	0409060194-MIOMECTOMIA SEM AIH	1	1.028,94	528,94	500,00
1059	0409070050-COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR SEM AIH	2	1.944,86	944,86	1.000,00
1060	0409070068-COLPOPERINEOPLASTIA POSTERIOR SEM AIH	1	872,54	372,54	500,00
1074	0409070270-TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL SEM AIH	4	4.691,56	1.491,56	3.200,00
1076	0410010111-SETORECTOMIA/ QUADRANTECTOMIA SEM AIH	2	1.626,88	626,88	1.000,00
1290	0415010012-TRATAMENTO COM CIRURGIAS MULTIPLAS	17	41.610,05	1.147,65	40.462,40
1178	0415040035-DEBRIDAMENTO DE ULCERA/ DE TECIDOS DESVITALIZADOS SEM AIH	1	1.143,08	543,08	600,00
1015	0417010044-ANESTESIA GERAL	152	53.200,00	12.768,00	40.432,00
953	0701040050-OCULOS DE LENTES DE VISAO SIMPLES EM ALTO INDICE ***	91	17.290,00	0,00	17.290,00
982	0702030716-PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO	2	972,58	972,58	0,00
387	0900101126-CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	34	3.400,00	0,00	3.400,00
387	0900101126-CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	55	8.250,00	0,00	8.100,00
15	9001011110-COLORACAO ESPECIAL – POR PEÇA	3	129,48	0,00	129,48
412	9001011130-CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	14	1.400,00	0,00	1.400,00
412	9001011130-CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	62	9.300,00	0,00	9.050,00
177	9001011220-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES - MI	1	415,00	0,00	415,00
177	9001011220-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES - MI	6	2.788,80	0,00	2.739,00

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

Total por Procedimento. Digitados entre 01/01/2023 e 31/12/2023 Munic. de Abelardo Luz

<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Quant.</b>	<b>Valor Consórcio</b>	<b>Valor SUS</b>	<b>Valor Complemento</b>
178	9001011230-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES - MS	1	415,00	0,00	415,00
178	9001011230-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES - MS	16	7.436,80	0,00	7.237,60
954	9001011350-LAMINA DE SHAVER	19	5.700,00	0,00	5.700,00
411	9001011540-CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRÁFIA	1	100,00	0,00	100,00
411	9001011540-CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRÁFIA	10	1.500,00	0,00	1.450,00
110	9001011740-CRIOTERAPIA (ATE 5 LESOES)	40	4.000,00	0,00	4.000,00
111	9001011750-CRIOCIRURGIA	3	450,00	0,00	450,00
253	9001012130-PENTACAM (PTK)	1	330,00	0,00	330,00
146	9001014900-EXAME DE VECTOELETRONISTAGMOGRÁFIA	8	1.040,00	0,00	1.040,00
193	9001014920-NASOFIBROSCOPIA - VIDEOENDOSCOPIA NASAL	5	593,65	0,00	593,65
172	9001015190-APLICAÇÃO DE TOXINA BOTULINICA	4	1.800,00		1.800,00
<b>Totais:</b>		<b>8695</b>	<b>1.659.162,86</b>	<b>518.798,22</b>	<b>1.124.997,19</b>