

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
1294	-APLICACAO TESTE DE WISC (PACOTE)	2	1.600,00	0,00	1.600,00
1287	-CONSULTA RETORNO 30 DIAS / OU 60 A 90 DIAS COM EXAMES (SEM CUSTO)	14	0,00	0,00	0,00
107	0201010372-BIÓPSIA PELE E PARTES MOLES (PELE, TECIDO CELULAR OU GÂNGLIOS SUBCUTÂNEOS, PAREDE ABDOMINAL)	17	1.700,00	439,11	1.260,89
18	0201010470-BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF	1	264,70	23,73	240,97
17	0201010542-BIOPSIA DE PROSTATA GUIADA POR ULTRA. DE PROSTATA TRANSRETAL	2	720,00	0,00	720,00
19	0201010585-PUNÇÃO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA (PAAF)	1	264,70	66,48	198,22
20	0201010607-PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSIA)	1	264,70	140,00	124,70
165	0201010666-BIOPSIA DE COLO DO ÚTERO	4	140,00	73,32	66,68
523	0202010732-GASOMETRIA ARTERIAL	2	180,00	31,30	148,70
10	0203010035-EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	1	92,00	20,96	71,04
11	0203010043-EXAME CITOPATOLOGICO DE MAMA – PAAF DE MAMA	1	92,00	35,34	56,66
12	0203020030-EXAME ANATOMOPATOLÓGICO P/ CONGELAMENTO /PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	83	7.636,00	3.384,74	4.251,26
13	0203020065-EXAME ANATOMOPATOLOGICO DE MAMA - BIOPSIA	2	184,00	91,66	92,34
14	0203020081-EXAME ANATOMO-PATOLOGICO DO COLO UTERINO - BIOPSIA	2	184,00	81,56	102,44
301	0204010063-RADIOGRAFIA CAVUM (LATERAL +HIRTZ)	18	540,00	123,84	416,16
313	0204010071-RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL+OBLÍQUA/BRETTON+HIRTZ)	1	30,00	9,15	20,85
314	0204010080-RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL)	1	30,00	7,52	22,48
331	0204010128-RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN+LATERAL+HIRTZ)	1	30,00	8,38	21,62
337	0204010144-RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)	8	240,00	58,56	181,44
361	0204020034-RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBLÍQUAS)	3	90,00	24,99	65,01
360	0204020042-RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXÃO)	1	30,00	8,19	21,81
358	0204020069-RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	35	1.050,00	383,60	666,40
359	0204020077-RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA (C/ OBLIQUAS)	2	70,00	29,80	40,20
363	0204020093-RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP+LATERAL)	2	60,00	18,32	41,68
344	0204020107-RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	4	120,00	38,92	81,08
336	0204020123-RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA	1	30,00	7,80	22,20
343	0204020131-RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL	4	400,00	0,00	400,00
310	0204030072-RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	10	300,00	83,70	216,30
340	0204030145-RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	1	30,00	12,02	17,98
346	0204030153-RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	81	2.430,00	769,50	1.660,50
342	0204030170-RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	4	120,00	27,52	92,48
299	0204030188-MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	68	4.080,00	3.060,00	1.020,00
304	0204040019-RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO	2	60,00	12,84	47,16
353	0204040051-RADIOGRAFIA DE BRAÇO	2	60,00	15,54	44,46
355	0204040060-RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	2	60,00	14,80	45,20
311	0204040078-RADIOGRAFIA DE COTOVELO	1	30,00	5,90	24,10
335	0204040086-RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MÃO	4	120,00	22,48	97,52
324	0204040094-RADIOGRAFIA DE MÃO	7	210,00	44,10	165,90

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
325	0204040108-RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	1	30,00	6,00	24,00
329	0204040116-RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (3 POSIÇÕES)	7	210,00	55,86	154,14
334	0204040124-RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLÍQUA)	7	210,00	48,37	161,63
303	0204050138-RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	2	60,00	14,34	45,66
119	0204060028-DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (DOIS SEGMENTOS)	7	764,54	385,70	378,84
316	0204060036-ESCANOMETRIA	1	30,00	7,77	22,23
306	0204060060-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	11	330,00	85,47	244,53
349	0204060087-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	12	360,00	78,00	282,00
352	0204060095-RADIOGRAFIA DE BACIA	17	510,00	132,09	377,91
312	0204060117-RADIOGRAFIA DE COXA	2	60,00	17,88	42,12
320	0204060125-RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+ LATERAL)	54	1.620,00	366,12	1.253,88
321	0204060133-RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	1	30,00	7,16	22,84
332	0204060150-RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ	18	540,00	122,04	417,96
333	0204060168-RADIOGRAFIA DE PERNA	5	150,00	44,70	105,30
50	0205010032-ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	82	19.472,54	5.564,52	13.908,02
439	0205010040-DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR/UNILATERAL	1	150,00	0,00	150,00
440	0205010040-DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/ UNILATERAL	30	4.500,00	0,00	4.500,00
444	0205010040-DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO SUPERIOR/ UNILATERAL	1	150,00	0,00	150,00
437	0205010040-DOPPLER DE VASOS CERVICAIS ARTERIAIS BILATERAL (CAROTIDAS)	13	2.340,00	0,00	2.340,00
434	0205010040-ECODOPPLER DE TIREOIDE	1	180,00	0,00	180,00
436	0205010040-ECODOPPLER TRANSVAGINAL	1	180,00	0,00	180,00
227	0205020020-PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	48	1.230,72	710,88	519,84
413	0205020038-ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	33	1.896,18	798,60	1.097,58
414	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	63	5.638,50	2.390,85	3.247,65
431	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	5	450,00	0,00	450,00
430	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	34	3.240,54	0,00	3.240,54
432	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	10	900,00	0,00	900,00
415	0205020054-ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	40	2.298,40	968,00	1.330,40
416	0205020062-ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	90	5.171,40	2.178,00	2.993,40
417	0205020070-ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	4	229,84	96,80	133,04
252	0205020089-ULTRASSONOGRRAFIA DE GLOBO OCULAR/ ORBITA (MONOCULAR)	1	41,54	24,20	17,34
419	0205020097-ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	47	2.305,35	1.137,40	1.167,95
420	0205020100-ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	26	1.493,96	629,20	864,76
422	0205020127-ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	23	1.128,15	556,60	571,55
427	0205020143-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL	5	560,70	0,00	560,70
423	0205020143-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	26	1.493,96	629,20	864,76

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
426	0205020143-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	4	448,56	0,00	448,56
424	0205020151-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSADO	1	112,14	39,60	72,54
425	0205020160-ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	2	98,10	48,40	49,70
428	0205020178-ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	1	112,14	24,20	87,94
429	0205020186-ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	47	2.700,62	1.137,40	1.563,22
396	0206010044-TOMOGRRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES	6	840,00	520,50	319,50
404	0206010052-ANGIOTOMOGRRAFIA DE PESCOÇO, INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS (INCLUI CAROTIDAS)	1	420,00	0,00	420,00
389	0206010079-TOMOGRRAFIA DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	19	2.660,00	1.851,36	808,64
394	0206020015-TOMOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR (ESTERNO CLAVICULAR/OMBRO/COTOVELO E PUNHO)	2	280,00	173,50	106,50
405	0206020031-ANGIOTOMOGRRAFIA DE TÓRAX, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	1	420,00	0,00	420,00
399	0206020031-TOMOGRRAFIA DE TÓRAX	22	4.180,00	3.001,02	1.178,98
408	0206030010-ANGIOTOMOGRRAFIA DE ABDOMEN INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS, COMPREENDENDO VASOS ILÍACOS;	3	1.560,00	0,00	1.560,00
397	0206030010-TOMOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	11	1.540,00	1.524,93	15,07
398	0206030010-TOMOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	1	280,00	0,00	280,00
401	0206030037-TOMOGRRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	9	1.260,00	1.247,67	12,33
410	0206030037-UROTOMOGRRAFIA	6	2.088,00	0,00	2.088,00
369	0207010013-ANGIORESSONANCIA DE ABDOMEN/PELVE – ARTERIAL E/OU VENOSA	2	840,00	0,00	840,00
368	0207010013-ANGIORESSONANCIA DE TORAX – ARTERIAL E/OU VENOSA	1	420,00	0,00	420,00
379	0207010030-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	4	1.075,00	1.075,00	0,00
379	0207010030-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	17	5.025,54	4.568,75	456,79
377	0207010048-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	4	1.075,00	1.075,00	0,00
377	0207010048-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	41	12.120,42	11.018,75	940,45
378	0207010056-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA	4	1.182,48	1.075,00	107,48
383	0207010064-RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO(boca/face/orbitas/ouvidos)	2	537,50	537,50	0,00
383	0207010064-RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO(boca/face/orbitas/ouvidos)	2	591,24	537,50	53,74
375	0207020027-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	14	4.138,68	3.762,50	349,31
386	0207020035-RESSONANCIA MAGNETICA DE TÓRAX	1	295,62	268,75	26,87
385	0207030014-RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	1	268,75	268,75	0,00
385	0207030014-RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	8	2.364,96	2.150,00	188,09
381	0207030022-RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	13	3.843,06	3.493,75	322,44
376	0207030030-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	6	1.612,50	1.612,50	0,00
376	0207030030-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	48	14.189,76	12.900,00	1.101,67
60	0208010025-CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	6	3.491,04	2.451,12	1.039,92

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
61	0208010033-CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM REPOUSO (MINIMO 3 PROJEÇÕES)	6	3.273,54	2.298,42	975,12
84	0208050035-CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	2	544,04	381,98	162,06
88	0208080040-LINFOCINTILOGRAFIA	1	201,29	141,33	59,96
294	0209010029-COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	5	1.960,00	563,30	1.396,70
294	0209010029-COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	18	8.640,00	2.027,88	6.612,12
161	0209010037-ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM TESTE DE UREASE - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	4	888,00	192,64	695,36
161	0209010037-ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (EDA) COM TESTE DE UREASE - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	23	8.280,00	1.107,68	7.172,32
192	0209040041-VIDEOLARINGOSCOPIA	3	356,19	136,50	219,69
272	0211010049-PLETISMOGRAFIA CORPO INTEIRO	1	250,00	1,31	248,69
47	0211020036-ELETROCARDIOGRAMA (ECG) - PRÉ-OPERATÓRIO	33	587,40	169,95	417,45
51	0211020044-HOLTER (MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS - 3 CANAIS)	19	3.067,93	570,00	2.497,93
52	0211020052-MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (MAPA)	5	807,35	50,35	757,00
53	0211020060-TESTE ERGOMÉTRICO OU ESFORÇO	3	270,00	90,00	180,00
53	0211020060-TESTE ERGOMÉTRICO OU ESFORÇO	7	1.050,00	210,00	840,00
166	0211040029-COLPOSCOPIA	4	400,00	13,52	386,48
173	0211050024-ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO	1	85,58	11,34	74,24
173	0211050024-ELETROENCEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO	8	819,44	90,72	695,02
174	0211050032-ELETROENCEFALOGRAFIA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	2	247,92	50,00	197,92
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)	7	3.360,35	0,00	3.360,35
286	0211050105-POLISSONOGRAMA DE TITULAÇÃO DE BIPAP/CPAP COM HOLTER DE OXIMETRIA DOMICILIAR OU EM LABORATÓRIO	3	1.440,15	0,00	1.440,15
194	0211060011-BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	21	1.072,05	509,04	563,01
199	0211060038-CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	70	8.976,10	2.800,00	6.176,10
202	0211060054-CERATOMETRIA (MONOCULAR)	20	1.021,00	67,40	953,60
224	0211060127-MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	322	16.000,18	7.805,28	8.194,90
225	0211060143-MICROSCOPIA ESPECULAR DE Córnea (MONOCULAR)	22	1.093,18	533,28	559,90
232	0211060178-RETINOGRAMA COLORIDA (BINOCULAR)	46	2.300,00	1.135,28	1.164,72
231	0211060186-RETINOGRAMA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	4	833,48	256,00	577,48
240	0211060267-TOPOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE Córnea - CERATOSCOPIA (BINOCULAR)	10	600,00	242,40	357,60
239	0211060283-TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA- OCT (BINOCULAR)	50	7.941,00	2.400,00	5.541,00
144	0211070041-AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	1	24,92	21,00	3,92
144	0211070041-AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	52	1.560,00	1.092,00	457,84
145	0211070149-EMISSAO EVOCADA PARA TRIAGEM AUDITIVA - TESTE DA	4	64,16	54,04	10,12

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
	ORELHINHA				
151	0211070203-IMITANCIOMETRIA	41	1.119,30	943,00	176,30
152	0211070211-LOGOAUDIOMETRIA (LDV/IRF/LRF)	52	1.666,60	1.365,00	301,60
158	0211070262-POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA (BERA)	5	961,70	234,40	727,30
157	0211070343-TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO	3	577,02	28,08	548,94
147	0211070351-TERAPIA DE REABILITAÇÃO VESTIBULAR	11	1.100,00	0,00	1.100,00
275	0211080055-ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	23	2.990,00	146,28	2.843,72
287	0211080080-TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS	2	106,90	5,56	101,34
445	0211090018-AVALIAÇÃO URODINAMICA COMPLETA	1	396,00	7,62	388,38
120	0301010048-CONSULTA EM FISIOTERAPIA – AVALIAÇÃO	40	1.612,00	252,00	1.360,00
1277	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA	1	120,00	10,00	110,00
1277	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA	11	1.622,50	110,00	1.430,00
2	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CABEÇA E PESCOÇO	3	330,00	30,00	300,00
22	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA (CONSULTA/ELETROCARDIOGRAMA E LAUDO)	22	1.980,00	220,00	1.760,00
22	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA (CONSULTA/ELETROCARDIOGRAMA E LAUDO)	141	18.330,00	1.410,00	16.440,00
24	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	2	180,00	20,00	160,00
24	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	27	2.970,00	270,00	2.700,00
46	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA VASCULAR	6	540,00	60,00	480,00
46	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA VASCULAR	46	5.060,00	460,00	4.480,00
25	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	15	1.350,00	150,00	1.200,00
25	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	80	8.800,00	800,00	7.860,00
26	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	5	600,00	50,00	550,00
26	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	41	6.047,50	410,00	5.582,50
28	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM GASTROENTEROLOGIA	15	1.650,00	150,00	1.500,00
30	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	29	3.190,00	290,00	2.900,00
32	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM HEMATOLOGIA	5	737,50	50,00	687,50
33	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	3	330,00	30,00	300,00
34	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	4	590,00	40,00	550,00
35	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEFROLOGIA	1	147,50	10,00	110,00
36	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	5	600,00	50,00	550,00
36	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	33	4.867,50	330,00	4.455,00
1283	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	7	840,00	70,00	770,00
1283	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	10	1.475,00	100,00	1.375,00
37	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (CONSULTA INCLUI: GONIOSCOPIA, FUNDOSCOPIA, CHECK-UP DE GLAUCOMA E TONOMETRIA)	66	5.940,00	660,00	5.280,00
37	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (CONSULTA INCLUI: GONIOSCOPIA, FUNDOSCOPIA, CHECK-UP DE GLAUCOMA E TONOMETRIA)	405	52.650,00	4.050,00	46.000,00
40	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	35	3.150,00	350,00	2.800,00
40	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	306	33.660,00	3.060,00	29.980,00

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
38	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	4	360,00	40,00	320,00
38	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	55	6.050,00	550,00	5.420,00
41	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	2	180,00	20,00	160,00
41	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PEDIATRIA	47	5.170,00	470,00	4.640,00
42	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	8	960,00	80,00	880,00
42	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	61	8.997,50	610,00	8.195,00
44	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	15	2.212,50	150,00	1.980,00
45	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	4	360,00	40,00	320,00
45	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	55	6.050,00	550,00	5.340,00
1014	0301010072-CONSULTA PRE-CIRURGICA ANESTESICA	2	200,00	20,00	180,00
1014	0301010072-CONSULTA PRE-CIRURGICA ANESTESICA	70	7.700,00	700,00	6.890,00
917	0301070032-ACOMPANHAMENTO (30 DIAS E ANUAL)	16	346,88	346,88	0,00
290	0301080178-ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	2	51,36	5,10	46,26
290	0301080178-ATENDIMENTO INDIVIDUAL EM PSICOTERAPIA	3	120,90	7,65	69,39
132	0302050027-ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NAS ALTERAÇÕES MOTORAS	484	12.100,00	2.260,28	9.839,72
167	0309030048-CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO – LESÕES BENIGNAS	4	600,00	45,04	554,96
448	0309070015-TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES – UNILATERAL	1	900,00	300,78	599,22
448	0309070015-TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES – UNILATERAL	2	1.200,00	601,56	598,44
449	0309070023-TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES – BILATERAL	1	1.300,00	392,62	907,38
112	0401010040-ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA – 05 LESÕES	9	1.260,00	106,56	1.153,44
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	2	360,00	24,92	335,08
117	0401010090-FULGURAÇÃO/CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE LESÕES CUTÂNEAS	1	435,00	11,84	423,16
115	0401020053-EXCISÃO E SUTURA DE LESAO NA PELE C/PLASTICA EM Z OU ROTAÇÃO DE RETALHO	5	2.175,00	1.533,79	641,21
1035	0401020100-EXTIRPACAO E SUPRESSAO DE LESAO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO SEM AIH	10	5.581,10	1.581,10	4.000,00
1193	0403020123-TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEIO FIBROSO AO NIVEL DO CARPO SEM AIH	3	4.042,86	1.042,86	3.000,00
1219	0404010016-ADENOIDECTOMIA SEM AIH	3	2.544,54	1.044,54	1.500,00
1220	0404010032-AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA SEM AIH	1	837,22	337,22	500,00
1215	0404010237-MICROCIRURGIA OTOLOGICA SEM AIH	4	3.507,00	1.507,00	2.000,00
1224	0404010415-TURBINECTOMIA SEM AIH	7	5.709,55	2.209,55	3.500,00
1222	0404010482-SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO SEM AIH	5	3.237,30	1.237,30	2.000,00
220	0405030045-FOTOCOAGULAÇÃO A LASER	2	700,20	215,22	484,98
251	0405030134-VITRECTOMIA ANTERIOR (MONOCULAR)	1	655,23	381,08	274,15
200	0405050020-CAPSULOTOMIA A YAG LASER	9	4.117,86	1.014,93	3.102,93

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
219	0405050372-FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL (MONOCULAR)	1	817,08	771,70	45,38
219	0405050372-FACOEMULSIFICACAO COM IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL (MONOCULAR)	9	7.352,82	6.944,40	408,42
1016	0406020574-TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL) SEM AIH	6	9.853,14	4.153,14	5.700,00
4	0407010254-POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS PÓLIPOS) - RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	1	249,97	29,84	220,13
1018	0407020284-HEMORROIDECTOMIA SEM AIH	1	765,94	315,94	450,00
295	0407020390-RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/ POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE POLIPECTOMIA (ATE 3 POLIPOS)	7	2.240,00	95,41	2.144,59
295	0407020390-RETIRADA DE CORPO ESTRANHO/ POLIPOS DO RETO / COLO SIGMOIDE POLIPECTOMIA (ATE 3 POLIPOS)	8	1.519,76	109,04	1.410,72
1022	0407030026-COLECISTECTOMIA SEM AIH	2	3.292,68	1.992,68	1.300,00
1027	0407040102-HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) SEM AIH	2	2.275,94	1.275,94	1.000,00
1081	0408010142-REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) SEM AIH	3	4.270,53	1.270,53	3.000,00
1083	0408010185-TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO/ FRATURA LUXACAO ACROMIO CLAVICULAR SEM AIH	1	777,59	377,59	400,00
1085	0408010231-TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL SEM AIH	1	695,75	295,75	400,00
1131	0408050144-RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TORNOZELO SEM AIH	1	832,14	432,14	400,00
1133	0408050160-RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) SEM AIH	6	26.379,00	13.765,92	12.613,08
1202	0408050896-TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL SEM AIH	1	1.332,26	332,26	1.000,00
1202	0408050896-TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL SEM AIH	13	19.185,40	6.185,40	13.000,00
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	8	15.442,96	10.642,96	4.800,00
1168	0408060085-BURSECTOMIA SEM AIH	5	3.068,15	1.068,15	2.000,00
1192	0408060123-EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA DE MÉDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES SEM AIH	17	11.622,22	4.822,22	6.800,00
1169	0408060131-EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/OUS/ SINOVECTOMIA DE PEQUENAS ARTICULAÇÕES SEM AIH	4	2.168,24	568,24	1.600,00
1197	0408060212-RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL SEM AIH	4	1.965,96	365,96	1.600,00
1173	0408060328-RETIRADA DE CORPO ESTRANHO INTRA-ARTICULAR SEM AIH	2	1.078,14	278,14	800,00
1205	0408060379-RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS SEM AIH	1	825,16	225,16	600,00
1204	0408060441-TENOLISE SEM AIH	10	6.294,00	2.294,00	4.000,00
1183	0408060530-TRANSPOSICAO/ TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA MULTIPLA SEM AIH	1	746,53	346,53	400,00
1184	0408060549-TRANSPOSIÇÃO/ TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA ÚNICA SEM AIH	4	2.456,84	856,84	1.600,00
1187	0408060573-TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM MARTELO/ EM	3	2.005,23	805,23	1.200,00

## Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
	GARRA (MÃO E PE) SE				
1271	0409040240-VASECTOMIA SEM AIH	1	1.038,87	438,87	600,00
1270	0409050083-POSTECTOMIA SEM AIH	4	3.476,48	876,48	2.600,00
1042	0409060119-HISTERECTOMIA C/ ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) SEM AIH	1	1.603,64	1.103,64	500,00
1178	0415040035-DEBRIDAMENTO DE ULCERA/ DE TECIDOS DESVITALIZADOS SEM AIH	2	2.286,16	1.086,16	1.200,00
1015	0417010044-ANESTESIA GERAL	67	23.450,00	5.628,00	17.822,00
927	0701030089-APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C	2	2.200,00	2.200,00	0,00
933	0701030143-APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C	15	16.500,00	16.500,00	0,00
934	0701030151-MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)	5	43,75	43,75	0,00
948	0701030291-REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C	2	2.200,00	2.200,00	0,00
953	0701040050-OCULOS DE LENTES DE VISAO SIMPLES EM ALTO INDICE ***	210	39.900,00	0,00	39.900,00
951	0701040050-OCULOS PARA VISAO SIMPLES *	8	792,00	0,00	792,00
955	0702030023-ANCORA	5	988,00	988,00	0,00
982	0702030716-PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO	12	5.835,48	5.835,48	0,00
387	0900101126-CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	1	100,00	0,00	100,00
387	0900101126-CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	12	1.800,00	0,00	1.700,00
412	9001011130-CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	1	100,00	0,00	100,00
412	9001011130-CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	13	1.950,00	0,00	1.900,00
177	9001011220-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES - MI	2	929,60	0,00	929,60
178	9001011230-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES - MS	1	415,00	0,00	415,00
178	9001011230-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES - MS	17	7.901,60	0,00	7.802,00
102	9001011310-TRATAMENTO DE HIPERTIREOIDISMO (PLUMER -ATE 30MCI)	1	631,95	0,00	631,95
954	9001011350-LAMINA DE SHAVER	26	7.800,00	0,00	7.800,00
411	9001011540-CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	1	100,00	0,00	100,00
411	9001011540-CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	3	450,00	0,00	350,00
110	9001011740-CRIOTERAPIA (ATE 5 LESOES)	188	18.800,00	0,00	18.800,00
111	9001011750-CRIOCIRURGIA	15	2.250,00	0,00	2.250,00
253	9001012130-PENTACAM (PTK)	3	990,00	0,00	990,00
146	9001014900-EXAME DE VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	4	520,00	0,00	520,00
193	9001014920-NASOFIBROSCOPIA - VIDEOENDOSCOPIA NASAL	1	118,73	0,00	118,73
1078	9001015030-DENERVACAO FACETARIA 1 SEGMENTO	5	5.000,00	0,00	5.000,00
269	9001015080-CURATIVO DE MEDIO PORTE - OZONIOTERAPIA	4	1.000,00	0,00	1.000,00
271	9001015090-CURATIVO DE GRANDE PORTE - OZONIOTERAPIA	31	9.300,00	0,00	9.300,00
1079	9001015200-DENERVAÇÃO FACETARIA 2 SEGMENTO	5	1.500,00	0,00	1.500,00
1080	9001015210-DENERVAÇÃO FACETARIA 3 SEGMENTO E DEMAIS	5	1.000,00	0,00	1.000,00
<b>Totais:</b>		<b>5414</b>	<b>788.274,81</b>	<b>241.135,36</b>	<b>541.379,71</b>