

Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
1294	-APLICACAO TESTE DE WISC (PACOTE)	5	4.000,00	0,00	4.000,00
1287	-CONSULTA RETORNO 30 DIAS / OU 60 A 90 DIAS COM EXAMES (SEM CUSTO)	1	0,00	0,00	0,00
107	0201010372-BIÓPSIA PELE E PARTES MOLES (PELE, TECIDO CELULAR OU GÂNGLIOS SUBCUTÂNEOS, PAREDE ABDOMINAL)	4	400,00	103,32	296,68
18	0201010470-BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE – PAAF	6	1.588,20	142,38	1.445,82
20	0201010607-PUNÇÃO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSIA)	5	1.323,50	700,00	623,50
165	0201010666-BIOPSIA DE COLO DO ÚTERO	1	29,67	18,33	11,34
165	0201010666-BIOPSIA DE COLO DO ÚTERO	1	35,00	18,33	16,67
10	0203010035-EXAME DE CITOLOGIA (EXCETO CERVICO-VAGINAL)	3	276,00	62,88	213,12
12	0203020030-EXAME ANATOMOPATOLÓGICO P/ CONGELAMENTO /PARAFINA (EXCETO COLO UTERINO E MAMA)	27	2.484,00	1.101,06	1.382,94
6	0203020049-IMUNOHISTOQUIMICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS (POR MARCADOR/ MAXIMO 6 POR PCTE)	1	430,99	131,52	299,47
301	0204010063-RADIOGRAFIA CAVUM (LATERAL +HIRTZ)	2	60,00	13,76	46,24
314	0204010080-RADIOGRAFIA DE CRÂNIO (PA+LATERAL)	2	60,00	15,04	44,96
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)	1	30,00	7,32	22,68
361	0204020034-RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO+OBLÍQUAS)	2	60,00	16,66	43,34
360	0204020042-RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP+LATERAL+TO/FLEXÃO)	2	60,00	16,38	43,62
358	0204020069-RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	20	600,00	219,20	380,80
359	0204020077-RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA (C/ OBLIQUAS)	1	35,00	14,90	20,10
363	0204020093-RADIOGRAFIA DE COLUNA TORÁCICA (AP+LATERAL)	4	120,00	36,64	83,36
344	0204020107-RADIOGRAFIA DE COLUNA TÓRACO-LOMBAR	2	60,00	19,46	40,54
336	0204020123-RADIOGRAFIA DE REGIÃO SACRO-COCCIGEA	2	60,00	15,60	44,40
343	0204020131-RADIOGRAFIA PANORAMICA DE COLUNA TOTAL	1	100,00	0,00	100,00
310	0204030072-RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	2	60,00	16,74	43,26
340	0204030145-RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA+LATERAL+OBLÍQUA)	2	60,00	24,04	35,96
346	0204030153-RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA E PERFIL)	50	1.500,00	475,00	1.025,00
342	0204030170-RADIOGRAFIA DE TÓRAX (PA)	5	150,00	34,40	115,60
299	0204030188-MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	15	900,00	675,00	225,00
355	0204040060-RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA	1	30,00	7,40	22,60
324	0204040094-RADIOGRAFIA DE MÃO	5	150,00	31,50	118,50
325	0204040108-RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO (P/DETERMINAÇÃO DE IDADE ÓSSEA)	5	150,00	30,00	120,00
329	0204040116-RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (3 POSIÇÕES)	6	180,00	47,88	132,12
334	0204040124-RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP+LATERAL+OBLÍQUA)	5	150,00	34,55	115,45
303	0204050138-RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES (AP)	2	60,00	14,34	45,66
119	0204060028-DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (DOIS SEGMENTOS)	22	2.402,84	1.212,20	1.190,64
306	0204060060-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	3	90,00	23,31	66,69
348	0204060079-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA	1	30,00	7,77	22,23
349	0204060087-RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TÍBIO-TÁRSICA	3	90,00	19,50	70,50

Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
352	0204060095-RADIOGRAFIA DE BACIA	7	210,00	54,39	155,61
354	0204060109-RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO	3	90,00	19,50	70,50
320	0204060125-RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP+ LATERAL)	15	450,00	101,70	348,30
321	0204060133-RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP+LATERAL+AXIAL)	17	510,00	121,72	388,28
332	0204060150-RADIOGRAFIA DE PÉ/DEDOS DO PÉ	10	300,00	67,80	232,20
333	0204060168-RADIOGRAFIA DE PERNA	1	30,00	8,94	21,06
50	0205010032-ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICA	63	14.960,61	4.275,18	10.685,43
441	0205010040-DOPPLER ARTERIAL RENAL	1	150,00	0,00	150,00
439	0205010040-DOPPLER COLORIDO ARTERIAL DE MEMBRO INFERIOR/UNILATERAL	5	750,00	0,00	750,00
440	0205010040-DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR/ UNILATERAL	32	4.800,00	0,00	4.800,00
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
435	0205010040-ECODOPPLER DE BOLSA ESCROTAL	1	180,00	0,00	180,00
434	0205010040-ECODOPPLER DE TIREOIDE	3	540,00	0,00	540,00
433	0205010040-ECODOPPLER ORGAOS OU ESTRUTURAS SUPERFICIAIS	1	180,00	0,00	180,00
227	0205020020-PAQUIMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	4	102,56	59,24	43,32
413	0205020038-ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR (FÍGADO, VESÍCULA, VIAS BILIARES)	16	919,36	387,20	532,16
414	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	40	3.580,00	1.518,00	2.062,00
431	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	3	270,00	0,00	270,00
430	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	20	1.906,20	0,00	1.906,20
432	0205020046-ULTRASSONOGRRAFIA DE REGIÃO INGUINAL	3	270,00	0,00	270,00
415	0205020054-ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	33	1.896,18	798,60	1.097,58
416	0205020062-ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO	39	2.240,94	943,80	1.297,14
417	0205020070-ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	6	344,76	145,20	199,56
419	0205020097-ULTRASSONOGRRAFIA DE MAMÁRIA BILATERAL	100	4.905,00	2.420,00	2.485,00
420	0205020100-ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA POR VIA ABDOMINAL	10	574,60	242,00	332,60
421	0205020119-ULTRASSONOGRRAFIA DE PRÓSTATA VIA TRANSRETAL	1	56,07	24,20	31,87
422	0205020127-ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE	13	637,65	314,60	323,05
423	0205020143-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA	31	1.781,26	750,20	1.031,06
426	0205020143-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA	13	1.457,82	0,00	1.457,82
424	0205020151-ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA C/DOPPLER COLORIDO E PULSADO	21	2.354,94	831,60	1.523,34
425	0205020160-ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (GINECOLÓGICA)	1	49,05	24,20	24,85
428	0205020178-ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFONTANELA	1	112,14	24,20	87,94
429	0205020186-ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	71	4.079,66	1.718,20	2.361,46
396	0206010044-TOMOGRRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES TÊMPORO MANDIBULARES	9	1.260,00	780,75	479,25
389	0206010079-TOMOGRRAFIA DE CRÂNIO (INCLUI REGIÃO MASTEOIDEA)	8	1.120,00	779,52	340,48
405	0206020031-ANGIOTOMOGRRAFIA DE TÓRAX, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	2	840,00	0,00	840,00

Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
399	0206020031-TOMOGRAFIA DE TÓRAX	18	3.420,00	2.455,38	964,62
408	0206030010-ANGIOTOMOGRAFIA DE ABDOMEN INCLUINDO VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS, COMPREENDENDO VASOS ILÍACOS;	3	1.560,00	0,00	1.560,00
397	0206030010-TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	4	560,00	554,52	5,48
398	0206030010-TOMOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	7	1.960,00	0,00	1.960,00
407	0206030029-ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES, VASOS VENOSOS E/OU ARTERIAIS	1	420,00	0,00	420,00
395	0206030029-TOMOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO DE MEMBROS INFERIORES	1	140,00	86,75	53,25
401	0206030037-TOMOGRAFIA DE PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR	4	560,00	554,52	5,48
410	0206030037-UROTOMOGRAFIA	2	696,00	0,00	696,00
380	0207010021-RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	2	591,24	537,50	53,74
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	2	537,50	537,50	0,00
377	0207010048-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO SACRA	41	12.120,42	11.018,75	994,19
378	0207010056-RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORÁCICA	5	1.478,10	1.343,75	134,35
383	0207010064-RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO(boca/face/orbitas/ouvidos)	4	1.075,00	1.075,00	0,00
383	0207010064-RESSONANCIA MAGNETICA DE CRÂNIO(boca/face/orbitas/ouvidos)	19	5.616,78	5.106,25	510,53
375	0207020027-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS SUPERIORES (UNILATERAL)	13	3.843,06	3.493,75	268,70
386	0207020035-RESSONANCIA MAGNETICA DE TÓRAX	1	268,75	268,75	0,00
385	0207030014-RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	1	268,75	268,75	0,00
385	0207030014-RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	6	1.773,72	1.612,50	161,22
381	0207030022-RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	2	537,50	537,50	0,00
381	0207030022-RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	15	4.434,30	4.031,25	376,18
376	0207030030-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	2	537,50	537,50	0,00
376	0207030030-RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBROS INFERIORES (UNILATERAL)	41	12.120,42	11.018,75	1.074,80
384	0207030049-RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES/ COLANGIORRESSONANCIA	1	268,75	268,75	0,00
60	0208010025-CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM ESTRESSE (MÍNIMO 3 PROJEÇÕES)	7	4.072,88	2.859,64	1.213,24
61	0208010033-CINTILOGRAFIA DE MIOCARDIO P/ AVALIAÇÃO DA PERFUSÃO EM REPOUSO (MINIMO 3 PROJEÇÕES)	7	3.819,13	2.681,49	1.137,64
84	0208050035-CINTILOGRAFIA DE OSSOS COM OU SEM FLUXO SANGUÍNEO (CORPO INTEIRO)	2	544,04	381,98	162,06
294	0209010029-COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	5	2.400,00	563,30	1.836,70
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	15	5.400,00	722,40	4.677,60
192	0209040041-VIDEOLARINGOSCOPIA	1	118,73	45,50	73,23
47	0211020036-ELETROCARDIOGRAMA (ECG) - PRÉ-OPERATÓRIO	3	53,40	15,45	37,95

Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
51	0211020044-HOLTER (MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HORAS – 3 CANAIS)	26	4.198,22	780,00	3.418,22
52	0211020052-MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (MAPA)	17	2.744,99	171,19	2.573,80
53	0211020060-TESTE ERGOMÉTRICO OU ESFORÇO	3	270,00	90,00	180,00
53	0211020060-TESTE ERGOMÉTRICO OU ESFORÇO	29	4.350,00	870,00	3.300,00
166	0211040029-COLPOSCOPIA	6	600,00	20,28	579,72
173	0211050024-ELETRONECEFALOGRAFIA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO	2	204,86	22,68	182,18
174	0211050032-ELETRONECEFALOGRAFIA EM SONO INDUZIDO COM OU SEM MEDICAMENTO	2	247,92	50,00	197,92
285	0211050105-POLISSONOGRAMA CARDIORRESPIRATÓRIA DOMICILIAR (COM PELO MENOS QUATRO CANAIS)	5	2.400,25	0,00	2.400,25
286	0211050105-POLISSONOGRAMA DE TITULAÇÃO DE BIPAP/CPAP COM HOLTER DE OXIMETRIA DOMICILIAR OU EM LABORATÓRIO	1	480,05	0,00	480,05
194	0211060011-BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	2	102,10	48,48	53,62
199	0211060038-CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA OU MANUAL COM GRÁFICO (MONOCULAR)	12	1.538,76	480,00	1.058,76
202	0211060054-CERATOMETRIA (MONOCULAR)	2	102,10	6,74	95,36
210	0211060062-CURVA DIÁRIA DE PRESSÃO OCULAR CDPO (MÍNIMO TRÊS MEDIDAS) (MONOCULAR)	2	35,26	20,22	15,04
224	0211060127-MAPEAMENTO DE RETINA (MONOCULAR)	10	496,90	242,40	254,50
225	0211060143-MICROSCOPIA ESPECULAR DE CÓRNEA (MONOCULAR)	2	99,38	48,48	50,90
232	0211060178-RETINOGRAMA COLORIDA (BINOCULAR)	8	400,00	197,44	202,56
231	0211060186-RETINOGRAMA FLUORESCENTE (BINOCULAR)	1	208,37	64,00	144,37
239	0211060283-TOMOGRAFIA DE COERENCIA OPTICA- OCT (BINOCULAR)	10	1.588,20	480,00	1.108,20
155	0211070033-AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE	2	40,26	40,26	0,00
144	0211070041-AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	1	24,92	21,00	3,92
144	0211070041-AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AÉREA/ ÓSSEA)	19	570,00	399,00	165,92
145	0211070149-EMISSAO EVOCADA PARA TRIAGEM AUDITIVA – TESTE DA ORELHINHA	1	16,04	13,51	2,53
151	0211070203-IMITANCIOMETRIA	16	436,80	368,00	68,80
152	0211070211-LOGOAUUDIOMETRIA (LDV/IRF/LRF)	20	641,00	525,00	116,00
918	0211070246-PESQUISA DE GANHO DE INSERÇÃO	2	24,00	24,00	0,00
158	0211070262-POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA (BERA)	2	384,68	93,76	290,92
919	0211070319-SELEÇÃO E VERIFICAÇÃO DE AASI	1	8,75	8,75	0,00
275	0211080055-ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNÇÃO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	13	1.690,00	82,68	1.607,32
287	0211080080-TESTE DE CAMINHADA DE 6 MINUTOS	1	53,45	2,78	50,67
446	0211090042-CISTOMETRIA SIMPLES (CISTOSCOPIA)	1	340,00	8,82	331,18
1277	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ALERGIA E IMUNOLOGIA	3	442,50	30,00	412,50
22	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA (CONSULTA/ELETROCARDIOGRAMA E LAUDO)	10	900,00	100,00	800,00
22	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CARDIOLOGIA (CONSULTA/ELETROCARDIOGRAMA E LAUDO)	107	13.910,00	1.070,00	12.400,00
24	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	2	180,00	20,00	160,00

Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
24	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA GERAL	31	3.410,00	310,00	3.060,00
46	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA VASCULAR	3	270,00	30,00	240,00
46	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM CIRURGIA VASCULAR	3	330,00	30,00	300,00
25	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	4	360,00	40,00	320,00
25	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM DERMATOLOGIA	48	5.280,00	480,00	4.760,00
26	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	1	120,00	10,00	110,00
26	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ENDOCRINOLOGIA	15	2.212,50	150,00	2.062,50
30	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM GINECOLOGIA E OBSTETRICIA	1	110,00	10,00	100,00
32	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM HEMATOLOGIA	2	295,00	20,00	275,00
33	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM INFECTOLOGIA	1	110,00	10,00	100,00
34	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM MASTOLOGIA	2	295,00	20,00	275,00
36	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	1	120,00	10,00	110,00
36	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROLOGIA	31	4.572,50	310,00	4.235,00
1283	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM NEUROPEDIATRIA	7	1.032,50	70,00	962,50
37	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (CONSULTA INCLUI: GONIOSCOPIA, FUNDOSCOPIA, CHECK-UP DE GLAUCOMA E TONOMETRIA)	11	990,00	110,00	880,00
37	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OFTALMOLOGIA (CONSULTA INCLUI: GONIOSCOPIA, FUNDOSCOPIA, CHECK-UP DE GLAUCOMA E TONOMETRIA)	110	14.300,00	1.100,00	12.400,00
40	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	16	1.440,00	160,00	1.280,00
40	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM ORTOPEDIA	114	12.540,00	1.140,00	11.280,00
38	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	4	360,00	40,00	320,00
38	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM OTORRINOLARINGOLOGIA	30	3.300,00	300,00	3.000,00
42	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM PNEUMOLOGIA	16	2.360,00	160,00	2.145,00
44	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM REUMATOLOGIA	5	737,50	50,00	687,50
45	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	4	360,00	40,00	320,00
45	0301010072-CONSULTA ESPECIALIZADA EM UROLOGIA	14	1.540,00	140,00	1.380,00
293	0301010072-CONSULTA MEDICA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL	3	360,00	0,00	360,00
293	0301010072-CONSULTA MEDICA INCLUINDO TERAPIA INDIVIDUAL	43	6.342,50	0,00	6.150,00
1014	0301010072-CONSULTA PRE-CIRURGICA ANESTESICA	6	600,00	60,00	540,00
1014	0301010072-CONSULTA PRE-CIRURGICA ANESTESICA	53	5.830,00	530,00	5.240,00
917	0301070032-ACOMPANHAMENTO (30 DIAS E ANUAL)	7	151,76	151,76	0,00
142	0301070113-TERAPIA EM FONOAUDIOLOGIA INDIVIDUAL	1	60,00	10,90	49,10
116	0303080019-CAUTERIZAÇÃO QUÍMICA DE PEQUENAS LESÕES	1	435,00	1,48	433,52
114	0303080108-FOTOTERAPIA (SESSÃO – POR SEGMENTO)	20	448,40	80,00	368,40
263	0303090030-INFILTRAÇÃO DE SUBSTÂNCIAS EM CAVIDADE SINOVAL (ARTICULAÇÃO, BAINHA TENDINOSA)	1	50,00	5,63	44,37
167	0309030048-CRIOCAUTERIZACAO / ELETROCOAGULACAO DE COLO DE UTERO – LESÕES BENIGNAS	1	150,00	11,26	138,74
449	0309070023-TRATAMENTO ESCLEROSANTE NÃO ESTETICO DE VARIZES DOS MEMBROS INFERIORES – BILATERAL	3	3.600,00	1.178,16	2.421,84
112	0401010040-ELETROCOAGULAÇÃO DE LESÃO CUTÂNEA – 05 LESÕES	3	420,00	35,52	384,48
118	0401010066-EXCISAO E/OU SUTURA SIMPLES DE PEQUENAS LESÕES FERIMENTOS DE PELE/ANEXOS E MUCOSA	4	1.740,00	0,00	1.740,00

Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
113	0401010074-EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBÁCEO E LIPOMA	2	360,00	24,92	335,08
1035	0401020100-EXTIRPAÇÃO E SUPRESSÃO DE LESÃO DE PELE E DE TECIDO CELULAR SUBCUTANEO SEM AIH	13	7.255,43	2.055,43	5.200,00
1193	0403020123-TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEÓFIBROSO AO NÍVEL DO CARPO SEM AIH	10	13.476,20	3.476,20	10.000,00
1224	0404010415-TURBINECTOMIA SEM AIH	3	2.446,95	946,95	1.500,00
1222	0404010482-SEPTOPLASTIA PARA CORREÇÃO DE DESVIO SEM AIH	3	1.942,38	742,38	1.200,00
1016	0406020574-TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL) SEM AIH	1	1.642,19	692,19	950,00
4	0407010254-POLIPECTOMIA (ATÉ TRÊS PÓLIPOS) - RETIRADA DE PÓLIPO DO TUBO DIGESTIVO POR ENDOSCOPIA	2	499,94	59,68	440,26
1018	0407020284-HEMORROIDECTOMIA SEM AIH	3	2.297,82	947,82	1.350,00
1022	0407030026-COLECISTECTOMIA SEM AIH	1	1.646,34	996,34	650,00
1027	0407040102-HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL) SEM AIH	1	1.137,97	637,97	500,00
1025	0407040129-HERNIOPLASTIA UMBILICAL SEM AIH	3	2.804,97	1.304,97	1.500,00
1081	0408010142-REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS) SEM AIH	4	5.694,04	1.694,04	4.000,00
1085	0408010231-TRATAMENTO CIRURGICO DA SINDROME DO IMPACTO SUB-ACROMIAL SEM AIH	4	2.783,00	1.183,00	1.600,00
1087	0408050039-ARTRODESE DE MEDIAS/GRANDES ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR SEM AIH	3	2.313,36	1.113,36	1.200,00
1132	0408050152-RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO SEM AIH	2	1.957,78	1.157,78	800,00
1133	0408050160-RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR) SEM AIH	4	17.586,00	9.177,28	8.408,72
1139	0408050373-TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO INFERIOR SEM AIH	2	1.287,62	487,62	800,00
1202	0408050896-TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL/TOTAL SEM AIH	7	10.330,60	3.330,60	7.000,00
1165	0408060018-ALONGAMENTO/ ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO SEM AIH	1	653,93	253,93	400,00
1168	0408060085-BURSECTOMIA SEM AIH	4	2.454,52	854,52	1.600,00
1200	0408060158-MANIPULAÇÃO ARTICULAR SEM AIH	1	522,01	122,01	400,00
1170	0408060174-OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ SEM AIH	1	1.149,74	649,74	500,00
1199	0408060182-OSTEOTOMIA DE OSSOS DA MÃO E/OU DO PÉ SEM AIH	3	2.181,75	981,75	1.200,00
1198	0408060190-OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ SEM AIH	2	2.491,36	1.291,36	1.200,00
1205	0408060379-RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS SEM AIH	3	2.475,48	675,48	1.800,00
1204	0408060441-TENOLISE SEM AIH	13	8.182,20	2.982,20	5.200,00
1180	0408060468-TENOMIOTOMIA/ DESINSERÇÃO SEM AIH	2	1.217,88	417,88	800,00
1181	0408060476-TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO SEM AIH	1	1.180,20	680,20	500,00
1183	0408060530-TRANSPOSIÇÃO/ TRANSFERÊNCIA MIOTENDINOSA MÚLTIPLA SEM AIH	5	3.732,65	1.732,65	2.000,00
1271	0409040240-VASECTOMIA SEM AIH	1	1.038,87	438,87	600,00
1270	0409050083-POSTECTOMIA SEM AIH	1	869,12	219,12	650,00
1290	0415010012-TRATAMENTO COM CIRURGIAS MÚLTIPLAS	5	12.238,25	0,00	12.238,25
1178	0415040035-DEBRIDAMENTO DE ULCERA/ DE TECIDOS DESVITALIZADOS	2	2.286,16	1.086,16	1.200,00

Totalizador de Procedimentos Autorizados

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

Código	Descrição	Quant.	Valor Consórcio	Valor SUS	Valor Complemento
	SEM AIH				
1015	0417010044-ANESTESIA GERAL	55	19.250,00	4.620,00	14.630,00
933	0701030143-APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C	2	2.200,00	2.200,00	0,00
934	0701030151-MOLDE AURICULAR (REPOSICAO)	2	17,50	17,50	0,00
955	0702030023-ANCORA	14	2.766,40	2.766,40	0,00
973	0702030627-PARAFUSO CANULADO 3,5 MM	3	348,06	348,06	0,00
975	0702030643-PARAFUSO CANULADO 7,0 MM	2	180,58	180,58	0,00
982	0702030716-PARAFUSO DE INTERFERENCIA DE TITANIO	11	5.349,19	5.349,19	0,00
989	0702030830-PLACA 1/3 TUBULAR 3,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	1	148,40	148,40	0,00
993	0702030899-PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5MM(INCLUI PARAFUSOS)	1	183,81	183,81	0,00
387	0900101126-CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	7	700,00	0,00	700,00
387	0900101126-CONTRASTE PARA RESSONÂNCIA	25	3.750,00	0,00	3.700,00
412	9001011130-CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	1	100,00	0,00	100,00
412	9001011130-CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA	13	1.950,00	0,00	1.950,00
177	9001011220-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS INFERIORES - MI	1	464,80	0,00	464,80
178	9001011230-ELETRONEUROMIOGRAFIA DE MEMBROS SUPERIORES - MS	2	929,60	0,00	929,60
954	9001011350-LAMINA DE SHAVER	11	3.300,00	0,00	3.300,00
411	9001011540-CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	1	100,00	0,00	100,00
411	9001011540-CONTRASTE PARA ANGIOTOMOGRAFIA	2	300,00	0,00	300,00
110	9001011740-CRIOTERAPIA (ATE 5 LESOES)	28	2.800,00	0,00	2.800,00
253	9001012130-PENTACAM (PTK)	1	330,00	0,00	330,00
146	9001014900-EXAME DE VECTOELETRONISTAGMOGRAFIA	1	130,00	0,00	130,00
	Totais:	2353	433.150,98	150.496,62	280.382,45