

Prefeitura Municipal de Coração de Maria

Outros



**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE FEIRA
DE SANTANA - PORTAL DO SERTÃO
CNPJ 29.664.289/0001-25**

PRESTAÇÃO DE CONTAS – COMPETÊNCIA DEZEMBRO AOS MUNICÍPIOS

**AOS MUNICÍPIOS CONSORCIADOS
REFERÊNCIA: RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DO MÊS DE DEZEMBRO**

Para conhecimento de todos segue abaixo (ANEXO I) relação contendo todos os procedimentos realizados pela Policlínica Regional de Saúde, na competência de **DEZEMBRO**, bem como planilhas com os saldos bancários de cada conta e demonstrativos integrantes do relatório resumido de execução orçamentária de cada ente referente às despesas do consórcio e da manutenção da Policlínica Regional.

Feira de Santana – Ba, 25 de janeiro de 2021.

KELLY FERREIRA DA SILVA DOS SANTOS
DIRETORA EXECUTIVA DO CPISRFS



SEDE: Rua São Cosme e Damião, nº 500, Bairro Santa Mônica – CEP: 44.077.744 – Feira de Santana – Bahia.

Prefeitura Municipal de Coração de Maria



**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE SAÚDE DA REGIÃO DE FEIRA
DE SANTANA - PORTAL DO SERTÃO
CNPJ 29.664.289/0001-25**

ANEXO I



SEDE: Rua São Cosme e Damião, nº 500, Bairro Santa Mônica – CEP: 44.077.744 – Feira de Santana – Bahia.

Prefeitura Municipal de Coração de Maria



Relatório Total de Procedimento

Período: 01/12/2020 à 31/12/2020

Unidade de Saúde: POLICLINICA REGIONAL DE FEIRA DE SANTANA

ANGIORRESSONANCIA CEREBRAL	3
ANGIORRESSONÂNCIA DE CRÂNIO (ARTERIAL OU VENOSA)	6
ANGIOTOMOGRAFIA DE CAROTIDAS	2
ANGIOTOMOGRAFIA DE CRANIO	6
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (LADO ESQUERDO)	1
ANGIOTOMOGRAFIA DE MEMBRO INFERIOR (LADO DIREITO)	1
ANGIOTOMOGRAFIA DE TORAX (AORTA TORACICA)	2
BIOPSIA DE PELE E PARTES MOLES	8
BIOPSIA DE VULVA	1
COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	14
COLPOSCOPIA	2
CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENCAO ESPECIALIZADA	91
CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA	1981
CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO (POR PACIENTE)	7
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	212
ELETROCARDIOGRAMA	213
ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO INDUZIDO C/ OU S/ MEDICAMENTO (EEG)	1
ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	4
ELETROENCEFALOGRAMA QUANTITATIVO C/ MAPEAMENTO (EEG)	1
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	64
EXERESE DE CISTO VAGINAL	1
EXERESE DE POLIPO DE UTERO	1
EXERESE DE TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA	14
HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	11
MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	199
MAMOGRAFIA UNILATERAL	8
MAMOGRAFIA UNILATERAL LADO DIREITO	1
MAMOGRAFIA UNILATERAL LADO ESQUERDO	1
MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	49
MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL	62
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO LADO DIREITO	1
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL LADO ESQUERDO	1
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	1
RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR BILATERAL	1
RADIOGRAFIA DE BACIA	15
RADIOGRAFIA DE BRACO LADO DIREITO	3
RADIOGRAFIA DE BRACO LADO ESQUERDO	3
RADIOGRAFIA DE CALCANEAO LADO DIREITO	4
RADIOGRAFIA DE CALCANEAO LADO ESQUERDO	3
RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ)	1
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA	1
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS)	25
RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL FUNCIONAL / DINAMICA	7
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA	98
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS)	7
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA	3

Prefeitura Municipal de Coração de Maria

Relatório Total de Procedimento

Período: 01/12/2020 à 31/12/2020

Unidade de Saúde: POLICLINICA REGIONAL DE FEIRA DE SANTANA

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)	22
RADIOGRAFIA DE COTOVELO LADO DIREITO	5
RADIOGRAFIA DE COTOVELO LADO ESQUERDO	2
RADIOGRAFIA DE COXA LADO DIREITO	2
RADIOGRAFIA DE COXA LADO ESQUERDO	2
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIGUA / BRETTON + HIRTZ)	1
RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL)	5
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO LADO DIREITO	2
RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO LADO ESQUERDO	5
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) LADO DIREITO	12
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) LADO ESQUERDO	16
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) LADO DIREITO	40
RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) LADO ESQUERDO	58
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) LADO DIREITO	1
RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) LADO ESQUERDO	1
RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA)	2
RADIOGRAFIA DE MAO LADO DIREITO	3
RADIOGRAFIA DE MAO LADO ESQUERDO	4
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ)	8
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE LADO DIREITO	13
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE LADO ESQUERDO	13
RADIOGRAFIA DE PERNA LADO DIREITO	1
RADIOGRAFIA DE PERNA LADO ESQUERDO	1
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) LADO DIREITO	4
RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) LADO ESQUERDO	3
RADIOGRAFIA DE QUADRIL LADO DIREITO	8
RADIOGRAFIA DE QUADRIL LADO ESQUERDO	6
RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ)	11
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	2
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)	130
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)	33
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO LADO DIREITO	6
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO LADO ESQUERDO	6
REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	12
RESSONANCIA MAGNETICA ATM BILATERAL	1
RESSONANCIA MAGNETICA BASE DO CRANIO	1
RESSONANCIA MAGNETICA CONDUTO AUDITIVO INTERNO	15
RESSONANCIA MAGNETICA COXO FEMURAL BILATERAL	2
RESSONANCIA MAGNETICA DA PAREDE TORAXICA	1
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN INFERIOR/PELVE	38
RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEN SUPERIOR	22
RESSONANCIA MAGNETICA DE ANTEBRAÇO (ESQUERDO)	1
RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA	1
RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULACAO TEMPORO-MANDIBULAR (BILATERAL)	1
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA	7
RESSONANCIA MAGNETICA DE BRAÇO (ESQUERDO)	1
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL	20
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	98
RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	11
RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	85
RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (DIREITO)	5
RESSONANCIA MAGNETICA DE OMBRO (ESQUERDO)	6

Prefeitura Municipal de Coração de Maria

Relatório Total de Procedimento

Período: 01/12/2020 à 31/12/2020

Unidade de Saúde: POLICLINICA REGIONAL DE FEIRA DE SANTANA

RESSONANCIA MAGNETICA DE OSSOS TEMPORAIS	1
RESSONANCIA MAGNETICA DE PERNA (LADO DIREITO)	3
RESSONANCIA MAGNETICA DE PESCOCO	2
RESSONANCIA MAGNETICA DE PROSTATA	5
RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	3
RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	2
RESSONANCIA MAGNETICA DE TORNOZELO (LADO ESQUERDO)	3
RESSONANCIA MAGNETICA DE VIAS BILIARES	6
RESSONANCIA MAGNETICA FIGADO	1
RESSONANCIA MAGNETICA JOELHO DIREITO	28
RESSONANCIA MAGNETICA JOELHO ESQUERDO	16
RESSONANCIA MAGNETICA PE (LADO DIREITO)	2
RESSONANCIA MAGNETICA PE (LADO ESQUERDO)	1
SEDACAO	9
TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	72
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COXA (LADO DIREITO)	1
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN INFERIOR	102
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR	102
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA	1
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	5
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	6
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACICA C/ OU S/ CONTRASTE	3
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULACOES TEMPORO-MANDIBULARES	27
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO LADO DIREITO	2
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE OMBRO LADO ESQUERDO	2
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOCO	19
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	85
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO COXO-FEMURAL (LADO ESQUERDO)	2
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	132
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO/PATELA (LADO DIREITO)	2
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MASTOIDES	5
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA VIAS URINARIAS	3
ULTRASSONOGRRAFIA DA CERVICAL	5
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES)	1
ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOMEN TOTAL	95
ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINARIO	12
ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLSA ESCROTAL	2
ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDES ABDOMINAIS	2
ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL)	26
ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREOIDE	5
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) ARTERIAL MEMBRO INFERIOR DIREITO	4
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) ARTERIAL MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	2
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) VENOSOS MEMBRO INFERIOR DIREITO	36
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) VENOSOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO	34
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) VENOSOS MEMBRO SUPERIOR DIREITO	1
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) VENOSOS MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO	1
ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER VEIAS CERVICAIS	4
ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	59
ULTRASSONOGRRAFIA OBSTETRICA	9
ULTRASSONOGRRAFIA PELVICA	1
ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	58
VIDEOLARINGOSCOPIA	13

Prefeitura Municipal de Coração de Maria

Relatório Total de Procedimento

Período: 01/12/2020 à 31/12/2020

Unidade de Saúde: POLICLINICA REGIONAL DE FEIRA DE SANTANA

Total por Unidade: 4920