

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

Outro



**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.

Rua São Cosme E Damião | 500 | Santa Mônica | Feira de Santana-Ba
consorciportalosertao.ba.ipmbrasil.org.br

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da



**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.

Rua São Cosme E Damião | 500 | Santa Mônica | Feira de Santana-Ba

consorciportaldosertao.ba.ipmbrasil.org.br

Este documento foi assinado digitalmente por SERASA Experian
DC767E33F9175B14F3E19A44E57F8FE7

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da**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 CALCANEIO LADO DIREITO | 4 |
| RADIOGRAFIA DE CALCANEIO 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 |

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da**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 |

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da**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 |
| ULTRASSONOGRAFIA DA CERVICAL | 5 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR (FIGADO, VESICULA, VIAS BILIARES) | 1 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | 95 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE APARELHO URINARIO | 12 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL | 2 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE PAREDES ABDOMINAIS | 2 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA ABDOMINAL) | 26 |
| ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE | 5 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) ARTERIAL MEMBRO INFERIOR DIREITO | 4 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) ARTERIAL MEMBRO INFERIOR ESQUERDO | 2 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) VENOSOS MEMBRO INFERIOR DIREITO | 36 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) VENOSOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO | 34 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) VENOSOS MEMBRO SUPERIOR DIREITO | 1 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS (ATÉ 3) VENOSOS MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO | 1 |
| ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER VEIAS CERVICAIS | 4 |
| ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | 59 |
| ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA | 9 |
| ULTRASSONOGRAFIA PELVICA | 1 |
| ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 58 |
| VIDEOLARINGOSCOPIA | 13 |

Consórcio Público Interfederativo de Saúde da

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