



QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS MENSIS (ATENDIMENTO: REALIZADO)

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PERÍODO: 01/01/2025 à 31/07/2025

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL
Cirurgia Capsulotomia A Yag Laser (por Olho)			7	5	16	10	5						43
Exame Tonometria (os Dois Olhos)			1										1
Cirurgia Adenoidectomia						1	1						2
Cirurgia Amigdalectomia Com Adenoidectomia							5						5
Consulta Angiologia	1	76	72	63	70	87	65						434
Exame Angiorressonancia Diversas Com Ou Sem Contraste		1		16	3	11	27						58
Exame Angiotomografia Diversas Com Ou Sem Contraste	4	11	10	12	9	28	10						84
Exame Aortografia/ Arteriografia De Mmii-arteriografia Abdominal		1		2	1	4							8
Exame Arteriografia De Carotidas E Vertebrais/arteriografia Cerebral						2							2
Exame Audiometria Tonal, Vocal, Impedanciometria		17	30	63	7	82	144						343
Exame Campimetria Computadorizada Ou Manual Com Gráfico (os Dois Olhos)			4	3	1	10	2						20
Consulta Cardiologia	3	19	77	34	60	67	96						356
Exame Cateterismo Cardíaco	1		1	4	6	5	10						27
Exame Cintilografia De Miocárdio Para Avaliação Da Perfusão Em Situação De Estresse (mínimo 3 Projeções)		7	14	1	34	13	7						76
Exame Cintilografia De Miocárdio Para Avaliação Da Perfusão Em Situação De Repouso (mínimo 3 Projeções)		7	14	1	34	13	6						75
Exame Cintilografia De Ossos C/ Ou S/ Fluxo Sanguíneo (corpo Inteiro)		4	1		1	1	2						9
Exame Cintilografia De Pulmão Por Inalação (mínimo 2 Projeções)		2			5	1							8
Exame Cintilografia De Pulmão Por Perfusão (mínimo 4 Projeções)		2			5	1							8
Exame Cintilografia De Tireoide C/ Ou S/ Captação						1							1
Exame Cintilografia Estudo Renal Dinâmico (dtpa) Com Ou Sem Diurético					3	1							4
Exame Cintilografia P/estudo De Transito Esofagico(Sólido).				1									1
Exame Cintilografia Renal/renograma(qualitativa E/ou Quantitativa) Dmsa					2	1	3						6
Consulta Cirurgii½o Geral		10	15	16	13	18	26						98
Exame Colangiorressonancia		2	7	3	4	6	4						26
Exame Colonoscopia (inclui Retossigmoidoscopia)	8	35	34	52	61	96	109						395
Consulta Consultas Pré½-anest½sica	2	31	31	24	24	19	35						166
Exame Cory Biópsia Mama (unilateral)		3	2	6	13	17	6						47
Cirurgia Curetagem Semiotica C/ Ou S Dilatação Do Colo Do Utero				4	1	1	3						9
Exame Curva Diaria De Pressao Ocular Cdp (minimo 3 Medidas) (os Dois Olhos)		1	2	3	1	2	1						10
Exame Densitometria i½ssea 2 Segmentos	3	31	40	42	37	97	95						345
Exame Densitometria Ossea Corpo Total		1	3	2	3	15	12						36
Consulta Dermatologia		16	45	34	71	35	64						265
Exame Duplex Scan - Aorta Abdominal E Iliaca		1	2	1		1	1						6
Exame Duplex Scan - Artérias Renais		2					4						6
Exame Duplex Scan - Carótidas E Vertebrais	1	12	22	6	49	59	83						232
Exame Duplex Scan - Mi Venoso E Arterial	1	6	2	8	1	5							23



QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS MENSAIS (ATENDIMENTO: REALIZADO)

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PERÍODO: 01/01/2025 à 31/07/2025

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL
Exame Duplex Scan - Mi Venoso Ou Arterial	1	6	1	21	24	46	1						100
Exame Duplex Scan - Mmii Venoso E Arterial	2	7	3	17	15	20	15						79
Exame Duplex Scan - Mmii Venoso Ou Arterial	5	43	34	23	18	30	32						185
Exame Duplex Scan - Mmss Venoso E Arterial				1			3						4
Exame Duplex Scan - Mmss Venoso Ou Arterial				2									2
Exame Duplex Scan - Ms Venoso E Arterial				1									1
Exame Duplex Scan - Ms Venoso Ou Arterial			2	1	5	2							10
Exame Ecodoplercardiograma Colorido Adulto	1	88	79	67	108	170	168						681
Exame Ecodoplercardiograma Colorido Infantil		7	4		19	13	5						48
Exame Eegq Quantitativo (mapeamento Cerebral)		1			1	8	5						15
Exame Eletroencefalograma Com Laudo	2	15	1		18	46	18						100
Exame Eletroneuromiografia Mmii		3	1	3	9	22	3						41
Exame Eletroneuromiografia Mmss		1	5	6	30	18	2						62
Exame Eletroneuromiografia Mmss E Mmii			8		3		13						24
Consulta Endocrinologia Adulto		181	126	214	216	206	271						1214
Consulta Endocrinologia Infantil		5	33	34	15	22	15						124
Exame Endoscopia Digestiva Alta	12	86	63	86	92	162	152						653
Exame Espirometria Com Broncodilatador		18	2	21	83	155	67						346
Exame Espirometria Simples		3	2	11	15	4	11						46
Exame Exame Anatomo-patologico Do Colo Uterino - Biopsia			3										3
Exame Exame Anatomo-patologico Do Colo Uterino - Peca Cirurgica							4						4
Exame Exame Anatomo-patológico Para Congelamento/parafina Por Peça Cirurgica Ou Por Biopsia	8	128	104	116	89	65	73						583
Exame Exame Anatomopatologico De Mama - Biopsia							1						1
Exame Exame Citopatológico Cervico Vaginal/microflora-rastreamento		134	93	125	154	99	178						783
Exame Exame Citopatologico Cervico-vaginal/microflora					4		14						18
Cirurgia Exerese De Calazio E Outras Peq. Lesoes Da Palpebra E Supercilios (por Olho)			2										2
Cirurgia Exerese De Tumor De Pele E Anexos / Cisto Sebaceo / Lipoma							1						1
Cirurgia Facectomia C/ Implante De Lente Intra Ocular (por Olho)					1	2	2						5
Cirurgia Facoeulsificação Com Implante De Lente Intraocular Dobravel (por Olho)		7											7
Exame Fibronasolaringoscopia		1	13	5	6	10	5						40
Consulta Fonoaudiológico				10	29	41	47						127
Cirurgia Fotocoagulação A Laser (por Olho)			7	5	16	6	23						57
Consulta Gastroenterologia	9	95	51	6	57	37	62						317
Consulta Ginecologia		11	9	12	12	21	18						83
Exame Gonioscopia (os Dois Olhos)			2	1	1	7	3						14
Cirurgia Hernioplastia Inguinal/ Crural(Unilateral)				1			2						3



Consórcio Público Intermunicipal de Saúde do Alto Paraopeba

CISAP-VP - CONS. INTER. DE SAÚDE DO ALTO PARAÓPEBA
Av Professor Manoel Martins 521, apt 01 Campo Alegre - Conselheiro Lafaiete - CEP: 36400-110
CNPJ - 02.401.218/0001-83 - Tel. (31) 3763-5796

EMIÇÃO:
29/08/2025 - 09:34:02

QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS MENSIS (ATENDIMENTO: REALIZADO)

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PERÍODO: 01/01/2025 à 31/07/2025

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL
Cirurgia Hernioplastia Umbilical - Diversas						2	1						3
Cirurgia Histerectomia Subtotal			1	2									3
Cirurgia Histerectomia Total (Qualquer Via) Diversas			1		1								2
Cirurgia Histerectomia Total Com Anexectomia			2			1	2						5
Exame Holter 24hs	2	21	23	21	43	76	101						287
Exame Imunohistoquímica De Neoplasias Malignas (por Marcador)			1	6									7
Cirurgia Injeção Intra Vitreo		3	4	8	5	2	5						27
Cirurgia Laqueadura Tubaria			1										1
Exame Linfocintilografia	1				1	1							3
Exame Mamografia		19	2										21
Exame Mamografia Bilateral Para Rastreamento	9	9	74	79	107	79	160						517
Exame Mapa (mapeamento Ambulatorial Pressão Arterial)	3	6	4	15	14	38	16						96
Exame Mapeamento De Retina		1	11	15	5	4	2						38
Exame Microscopia Espacular De Cornea (os Dois Olhos)			1										1
Consulta Nefrologia							25						25
Consulta Oftalmologia	6	109	64	145	113	144	165						746
Cirurgia Ooforectomia				1									1
Consulta Ortopedia		60	54	85	80	96	69						444
Consulta Otorrinolaringologia		61	65	39	122	82	83						452
Exame Paaf - Mama (por Nodulo)			1										1
Exame Paaf - Tireoide (por Nodulo)		8	37	11	8	28	8						100
Cirurgia Polipectomia De Colon/ Reto/ Sigmoides Até 9mm		2	4		1	3	2						12
Cirurgia Polipectomia De Colon/ Reto/ Sigmoides Maior Ou Igual A 10 Mm(Com Uso De Clip E Alça De Polipectomi	2	4	1	3	2	1	8						21
Exame Polissonografia (tipo 3)	1	13	13	4	3	20	11						65
Cirurgia Postectomia					1								1
Consulta Proctologia	7	14	36	1	25	41	27						151
Consulta Psiquiatria							1						1
Exame Radiografia De Abdômen (ap+lateral/localizada)				1									1
Exame Radiografia De Antebraço						1							1
Exame Radiografia De Articulação do Tórax - Tórax			2	2	1	2	1						8
Exame Radiografia De Articulação Coxo-femoral	1			1		2	4						8
Exame Radiografia De Articulação Escapulo-umeral		1	2	4	1	3	3						14
Exame Radiografia De Articulação Esterno-clavicular				1									1
Exame Radiografia De Articulação Sacro-iliaca					1								1
Exame Radiografia De Bacia		1	3	6		2	4						16
Exame Radiografia De Braço				1			2						3



QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS MENSAIS (ATENDIMENTO: REALIZADO)

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PERÍODO: 01/01/2025 à 31/07/2025

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL
Exame Radiografia De Calcaneo		1											1
Exame Radiografia De Cavum (lateral + Hirtz)		1		2	2	1							6
Exame Radiografia De Clavicula				1			1						2
Exame Radiografia De Coluna Cervical (ap+ Lateral-to+oblíq½quas)						1	2						3
Exame Radiografia De Coluna Lombo-sacra				1			3						4
Exame Radiografia De Coluna Lombo-sacra (c/obliquas)						2	2						4
Exame Radiografia De Coluna Toracica (ap+lateral)				1		1							2
Exame Radiografia De Cotovelo			1	1	1		1						4
Exame Radiografia De Coxa							2						2
Exame Radiografia De Cranio (pa+lateral)					1								1
Exame Radiografia De Cranio (pa+lateral+obliqua/bretton+hirtz)							1						1
Exame Radiografia De Joelho (ap+lateral)		4	3		5	10	7						29
Exame Radiografia De Joelho Ou Patela (ap+lateral+axial)		2	2		5	4	4						17
Exame Radiografia De Joelho Ou Patela (ap+lateral+obliqua+3 Axiais)			1				4						5
Exame Radiografia De Mi½o		3	2	3	6	2	9						25
Exame Radiografia De Mi½o E Punho (p/ Determinaç½ De Idade ½ssea)		2		2	1	1	2						8
Exame Radiografia De Perna							1						1
Exame Radiografia De Pi½/ Dedos Do Pi½		2	4	3		2	1						12
Exame Radiografia De Punho (ap+lateral+obliqua)		3	2	1	4	3	1						14
Exame Radiografia De Seios Da Face (fn+mn+lateral+hirtz)		2	1		1	2	1						7
Exame Radiografia De Ti½rax (pa E Perfil)	3	8	15	33	24	15	29						127
Exame Radiografia De Ti½rax (pa)		2		4	8	3	4						21
Exame Radiografia De Ti½rax (pa+lateral+obliqua)				1		1							2
Exame Ressonância Abdome Superior (fígado, Pâncreas, Baço, Rins, Supra-renais, Retroperitônio)	1	6	7	5	13	4	14						50
Exame Ressonância Articulação Temporomandibular (bilateral)		1	1										2
Exame Ressonância Articular (por Articulação)	3	17	39	23	54	62	53						251
Exame Ressonância Bacia (articulações Sacroilíacas)					2	1	1						4
Exame Ressonância Braço Ou Antebraço (unilateral)			1			1	1						3
Exame Ressonância Coluna Cervical Ou Dorsal Ou Lombar	7	28	33	26	110	65	111						380
Exame Ressonância Coxa Ou Perna (unilateral)		2					3						5
Exame Ressonância Crânio (encéfalo)	1	12	14	23	58	47	39						194
Exame Ressonância Mama (unilateral)		2	2	2	12	4	2						24
Exame Ressonância Mão (unilateral)			1		1								2
Exame Ressonância Orbitas		1			1	5	1						8
Exame Ressonância Pé Ou Antepé (unilateral)	1	1	2		1	1	6						12
Exame Ressonância Pelve (não Inclui Articulações Coxofemorais)	2	13	17	15	25	40	25						137



QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS MENSAIS (ATENDIMENTO: REALIZADO)

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PERÍODO: 01/01/2025 à 31/07/2025

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL
Exame Ressonância Pescoço (nasofaringe, Orofaringe, Laringe, Traqueia, Tereóide, Paratireoide)	1						1						2
Exame Ressonância Sela Túcica (hipófise)	1	2	1	2	1	1	5						13
Exame Ressonância Tórax (mediastino, Pulmão, Parede Torácica)			2	1			2						5
Exame Retinografia Colorida Binocular (os Dois Olhos)			8	2	5	12	5						32
Exame Retinografia Fluorescente Binocular (os Dois Olhos)			1		9	15	3						28
Exame Retossigmoidoscopia	3	4	1	5	3	4	7						27
Consulta Reumatologia		11	30	37	50	32	49						209
Cirurgia Sinusotomia Bilateral						1	6						7
Cirurgia Tela Inorganica De Polipropileno				1		2	3						6
Exame Teste Ergométrico	1	41	45	42	55	57	131						372
Exame Tomografia Computadorizada Abdome Inferior / Bacia / Pelve - C/ Ou S/ Contraste		6	11	3	3	9	2						34
Exame Tomografia Computadorizada Abdome Superior - C/ Ou S/ Contraste		4	9	2	2	11	6						34
Exame Tomografia Computadorizada Abdome Total - C/ Ou S/ Contraste	5	29	32	27	30	35	45						203
Exame Tomografia Computadorizada Articulações De Membro Inferior - C/ Ou S/ Contraste		7	2	6	10	1	3						29
Exame Tomografia Computadorizada Articulações De Membro Superior - C/ Ou S/ Contraste	1		1			1							3
Exame Tomografia Computadorizada Coluna Cervical - C/ Ou S/ Contraste		1	1			8							10
Exame Tomografia Computadorizada Coluna Toracica - C/ Ou S/ Contraste					1	2	1						4
Exame Tomografia Computadorizada Crânio - C/ Ou S/ Contraste	8	25	50	50	41	44	75						293
Exame Tomografia Computadorizada Face / Seios Da Face / Articulações Temporo-mandibul - C/ Ou S/ Contraste	1	12	10	5	19	28	32						107
Exame Tomografia Computadorizada Hemitorax, Pulmão Ou Do Mediastino - C/ Ou S/ Contraste				1									1
Exame Tomografia Computadorizada Lombo-sacra - C/ Ou S/ Contraste		2	2	3	3	6	4						20
Exame Tomografia Computadorizada Ouvido - C/ Ou S/ Contraste	1	1	2			2	1						7
Exame Tomografia Computadorizada Região Cervical (pescoço) - C/ Ou S/ Contraste	1	1		1	5	1	5						14
Exame Tomografia Computadorizada Seg. Adicionais Da Coluna - C/ Ou S/ Contraste		4	15	9	6	48	14						96
Exame Tomografia Computadorizada Seg. Apendiculares (braço, Antebraço, Mão, Coxa, Pé) - C/ Ou S/ Contraste			1	2	1								4
Exame Tomografia Computadorizada Sela Turcica - C/ Ou S/ Contraste			1										1
Exame Tomografia Computadorizada Tórax - C/ Ou S/ Contraste	3	33	17	37	32	31	50						203
Exame Tomografia De Coerência Óptica (por Olho)		3	16	24	26	11	57						137
Exame Topografia Computadorizada De Córnea		2	3	2	5	4							16
Cirurgia Tratamento Cirurgico De Pterigio (por Olho)			9	2	11	2	21						45
Cirurgia Tratamento Esclerosante Não Estético De Varizes Dos Membros Inferiores (bilateral)							1						1
Cirurgia Tratamento Esclerosante Não Estético De Varizes Dos Membros Inferiores (unilateral)							5						5
Cirurgia Turbinectomia - Corneto Nasais							1						1
Consulta Urologia	1	99	39	40	78	100	91						448
Exame Usq Abdome Inferior		19		35	22	18	20						114
Exame Usq Abdome Superior	1	7	2	1	1	3	3						18



QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS MENSIS (ATENDIMENTO: REALIZADO)

(TODOS OS MUNICÍPIOS) - PERÍODO: 01/01/2025 à 31/07/2025

PROCEDIMENTO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAIO	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	ANUAL
Exame Usg Abdome Total	9	69	45	46	20	63	65						317
Exame Usg Articular (por Articulaçõ		43	58	51	34	71	99						356
Exame Usg Axilas	5	7	34	20	80	13	60						219
Exame Usg Bolsa Escrotal	1	2	3	5	8	11	19						49
Exame Usg Com Doppler Abdome Total				1		1	1						3
Exame Usg Com Doppler Bolsa Escrotal	1	3	1	2	3	2	6						18
Exame Usg Com Doppler Endovaginal		1	3	1	6		1						12
Exame Usg Com Doppler Obstétrico	2	19	21	26	26	30	32						156
Exame Usg Com Doppler Tireoide	1	5	14	7	28	12	66						133
Exame Usg De Próstata Transretal Com Biopsia/ Anestesia		5	21	8	12	19	5						70
Exame Usg De Torax						3							3
Exame Usg Endovaginal	1	39	56	68	75	109	115						463
Exame Usg Mamas	6	12	43	31	99	14	60						265
Exame Usg Obstétrico Translucâ		5	7	3	9	24	29						77
Exame Usg Obstétrico Morfológico	2	14	11	28	28	30	41						154
Exame Usg Obstétrico		16	12	12	26	12	22						100
Exame Usg Partes Moles	3		8	7	2	18	32						70
Exame Usg Próstata		11	4	1	6	1	25						48
Exame Usg Tireoide		6	7	5	10	2	5						35
Exame Usg Vias Urinárias		18	19	12	26	34	28						137
Cirurgia Varizes - Tratamento Cirúrgico (bilateral)			2	1	10		6						19
Exame Videolaringoscopia		4	9	26	18	5	8						70
TOTAL GERAL	173	2175	2328	2494	3389	3791	4445	0	0	0	0	0	18795