

DEMANDA REPRIMIDA MUNICIPAL							
PERIODO: 01/04/2024 À 30/04/2024							
ESPECIALIDADE / EXAME	AGUARDANDO AGENDAMENTO	MASC.	FEMIN.	faixa etaria 0 a 16	faixa etaria 17 a 100	clinica / hospital	Local do atendimento
Cons. Cardiologia adulto	46	22	24	0	46	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Ortopedista adulto	78	27	51	0	78	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Pediatra	53	29	24	53	0	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Nutricionista	34	8	26	3	31	ElShaday Card	Cachoeiro/ ES
Cons. Psicologo	74	33	41	39	35	ElShaday Card Hosp.Padre Olivio	Cachoeiro/ ES Boa Esperança/ES
Pequena Cirurgia	8	3	5	0	8	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Dermatologista adulto	124	41	83	0	124	Centro Especialidade Municipal	Vargem Alta/ ES
Cons. Ginecologista	11	0	11	0	11	Centro Especialidade Municipal	Vargem Alta/ ES
Exame Laboratorial	363	126	237	52	311	A definir no agendamento	
RX com Laudo	47	10	37	2	45	A definir no agendamento	
ECG com Laudo	38	17	21	3	35	INGES	