

DEMANDA REPRIMIDA MUNICIPAL							
PERIODO: 01/09/2024 À 30/09/2024							
ESPECIALIDADE / EXAME	AGUARDANDO AGENDAMENTO	MASC.	FEMIN.	faixa etaria 0 a 16	faixa etaria 17 a 100	clinica / hospital	Local do atendimento
Cons. Cardiologia adulto	74	35	39	0	74	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Ortopedista adulto	79	26	53	0	79	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Pediatra	50	20	30	50	0	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Nutricionista	20	7	13	2	18	ElShaday Card	Cachoeiro/ ES
Cons. Psicologo	82	33	49	39	43	ElShaday Card Hosp. Padre Olivio	Cachoeiro/ ES Boa Esperança/ES
Pequena Cirurgia	33	13	20	0	33	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Dermatologista adulto	145	38	107	0	145	Centro Especialidade Municipal	Vargem Alta/ ES
Cons. Ginecologista	6	0	6	0	6	Centro Especialidade Municipal	Vargem Alta/ ES
Exame Laboratorial	392	129	263	61	331	A definir no agendamento	
RX com Laudo	45	12	33	4	41	A definir no agendamento	
ECG com Laudo	23	10	13	3	20	INGES	