

DEMANDA REPRIMIDA MUNICIPAL							
PERÍODO: 01/10/2024 À 31/10/2024							
ESPECIALIDADE / EXAME	AGUARDANDO AGENDAMENTO	MASC.	FEMIN.	faixa etária 0 a 16	faixa etária 17 a 100	clínica / hospital	Local do atendimento
Cons. Cardiologia adulto	26	10	16	0	26	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Ortopedista adulto	66	35	31	0	66	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Pediatra	43	23	20	43	0	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Nutricionista	56	17	39	9	47	ElShaday Card	Cachoeiro/ ES
Cons. Psicólogo	80	29	51	40	40	ElShaday Card Hosp. Padre Olivio	Cachoeiro/ ES Boa Esperança/ES
Pequena Cirurgia	38	11	27	0	38	Hosp. Padre Olivio	Boa Esperança/ ES
Cons. Dermatologista adulto	109	39	70	0	109	Centro Especialidade Municipal	Vargem Alta/ ES
Exame Laboratorial	453	174	279	117	336	A definir no agendamento	
RX com Laudo	108	41	67	15	93	A definir no agendamento	

ECG com Laudo	57	26	31	3	54	INGES
---------------	----	----	----	---	----	-------