Formulário concluído.

## 22 NÚMERO DE TESTES REALIZADOS PARA DETECÇÃO DE COVID, POR ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

| Nome do Estabelecimento de Saúde | Nº CNES Inserir Nº | Quantidade de testes realizados para detecção de Covid | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | JAN | FEV | MAR | ABR | MAI | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV | DEZ |
| HOSPITAL MUNICIPAL NOÊMIA ELOY | 5177235 | 49 | 47 | 139 | 98 | 187 | 114 | 61 | 48 | 29 | 79 | 137 | 26 |

Documento Assinado Digitalmente por: JOSE EDNALDO PEIXOTO DE LIMA, JAISORANY JESSICA DIAS JUSTINO
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: d3c086b9-6202-4050-960b-5572ce23de2c