☐ 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 DE CAMPANHA COVID 19 DE FEIRA NOVA | 111813 | | 167 | 269 | 374 | 245 | 354 | 367 | 238 | 243 | 310 | 204 | 270 | 258 |

Documento Assinado Digitalmente por: DANILSON CANDIDO GONZAGA, DARLENE CANDIDO GONZAGA DE LEMOS
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 6c0d92b4-2867-4f63-9705-20ec1667daa6