☑ 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
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	6492703	650	650	50	25	10	10	16	10	8	25	250	100

Documento Assinado Digitalmente por: MARIA DAS GRACAS DE ARRUDA SILVA, FLAVIA JANAINA MARINHO SPINELLI
Acesse em: https://etce.tce.pe.gov.br/epp/validaDoc.seam Código do documento: 884a4ee6-eed1-40bb-a9ee-22a8d97f43b9