



MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO

ESTADO DE MATO GROSSO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Unidade: **Hospital Municipal Leocyr Lazarete**
Responsável Técnico/Coordenador: **ANDREIA M. GRAVA**

CNES: **1234567**
Ano: **2023**

Telefone: **(65) 3387-1265 RAMAL: 6100**

ESCALA PRESENCIAL DOS ENFERMEIROS

FEVEREIRO

MARÇO

Nome Completo	COREN	Horário	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P
			S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	L
Elenay F. Alves de Almeida	334.98 COREN-MT	07/11 13/17	F	F	M T	MT	MT	MT	F	F	F	MT	MT	MT	MT	M/T	F	F	MT	MT	M/T	MT	MT	F	F	M/T	M / T	M / T	M / T	MT	
Suelen Miranda De Jesus	372.9881S COREN- MT	07/19	D	F	F	F	N	F	D N	F	D	F	D	F	D	F	D	F	F	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	1 3
Andréia M. Grava		07/19	F	D N	F	D	F	D	F	F	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	1 4
Geisiane Sandra Rodrigues	584.140 COREN-MT	19/07	F	F	F	N	F	N	F	D N	N	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	1 5
Danubia Kelly C. da Silva	604.605 COREN-MT	19/07		D		D		D		D								D						D							6
Flavio Lucas da Silva Gabert	746.544 COREN-MT	19/07	N	F	D N	F	D	F	F	F	F	F	N	F	N	F	N	F	DN	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	1 4

Legenda:

M	Manhã	N	Noite
T	Tarde	F	Folga
D	Dia		

Férias:

Licenças:

FAVOR NÃO RASURAR A ESCALA.

Observações:

A escala será encaminhada ao Setor de Fiscalização para conferência por meio da folha ponto e livro de viagem.

Ressalto a autorização de troca de 2 plantões presenciais por funcionário.

Apresentar formulário de troca preenchido e assinado com autorização do Enfermeiro RT.