



**MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO**  
**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



Unidade: **Hospital Municipal Leocyr Lazarete**  
 Responsável Técnico/Coordenador(RT): **Andreia M. Grava**

CNES: **2394324**

Telefone: **(65) 3387-1265 / (65) 3387-2800**

Ano: **2023**

**ESCALA PRESENCIAL TECNICO DE ENFERMAGEM**

**JUNHO 2023**

**JULHO 2023**

Nome Completo	COREN	Horário	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PL
			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	S	D	S	
Douglas P. da Silva	330164 COREN-MT	07/19	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	15
Josiane S. Bezerra	480603 COREN-MT	07/19	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	15
Lorena V. de Oliveira	709510 COREN-MT	07/19	F	D	F	D	F	D	F	D	F	V	F	V	F	DN	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	14
Edenir H. de Souza	263103 COREN-MT	07/11 13/17	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	1 6
Emerson Antunes	942897 COREN-RO	07/19	D	F	D	F	D	F	D	F	D	D	D	D	DN	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	18
Juliano S. da Silva	637575 COREN-MT	07/19	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	15
Jussara Novinski	91149 COREN-MT	07/19	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	15
Adriele Avila Soares	1533142 COREN-MT	07/19	F	D	F	D	F	D	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	D	D	D	F	D	F	D	F	D	F	D	F	D	16
Estônio de J. Matos	547160 COREN-MT	19/07	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	16
Vanessa F. da Silva	1169683 COREN-MT	19/07	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	15
Marilza Souza	743932 COREN-MT	19/07	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	14
Marcos M. da Silva	125619 COREN-MT	19/07	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	F	N	15

Observações: **\*PROIBIDO RASURAR A ESCALA.**

**Apresentar formulário de troca preenchido e assinado com autorização do Enfermeiro RT (autorização de troca de 2 plantões).**

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

De acordo:

\_\_\_\_\_  
**Andreia M. Grava - RT**  
**724853 - COREN**

Legenda:

M	Manha	N	Noite
---	-------	---	-------



**MUNICÍPIO DE CAMPOS DE JÚLIO**  
**ESTADO DE MATO GROSSO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



T	Tarde	F	Folga
D	Dia	PF	Ponto Facultativo

Licenças:

Observações: **\*PROIBIDO RASURAR A ESCALA.**

**Apresentar formulário de troca preenchido e assinado com autorização do Enfermeiro RT (autorização de troca de 2 plantões).**

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

\_\_\_\_\_  
**Andreia M. Grava - RT**  
**724853 - COREN**

De acordo: