



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



Unidade: **Hospital Municipal Leocyr Lazarette**  
Responsável Técnico/Coordenador: **Fatima C. C. Inglez**

CNES: **2394324**

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

Ano: **2024**

**ESCALA PRESENCIAL DOS ENFERMEIROS**

**JANEIRO**

**FEVEREIRO**

Nome Completo	COREN	Horário Entrada/Saída	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	PL		
			Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S		S	
Ivanilda Chagas	661115-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	F	D	15	
Flavio Gabert	746544-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	F	N	15	
Fatima C. Inglez	468881-MT	07/19	F	E	R	I	A	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	M	F	F	M	M	MT	M	M	F		
Jenifer Almeida	482.698-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	D	16		
Rodrigo J. Luz	766430-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	N	F	N	16

**Legenda:**

M	Manhã	N	Noite
T	Tarde	F	Folga
D	Dia		
PL	Total Plantões		

Férias:

Licenças:

Observações: \*PROIBIDO RASURAR ESCALA.

Apresentar formulário de troca de plantão preenchido e assinado pelo chefe imediato.