# HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE
# ESCALA MÉDICA SOBREAVISO

CAMPOS DE JÚLIO — SUS — SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campos de Júlio-MT

**PREFEITURA MUNICIPAL CAMPOS DE JÚLIO-MT – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
**UNIDADE: HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE - CNES 23924**
**ESCALA DE PLANTÃO SOBREAVISO MÉDICA – 11/03/25 A 10/04/2025**

| Nº | NOME | CONSELHO DE CLASSE | CARGO / FUNÇÃO | VÍNCULO | TURNO | MÊS – MARÇO 2025 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | MÊS – ABRIL 2025 | | | | | | | | | | | T |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 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 | |
| | | | | | | 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 | T | Q | Q | |
| 1 | JEORGE LUIS GONSALVES | 12685-MT | MÉDICO | CREDENCIAMENT | DIA | | | | | | | D | | | | D | | D | D | | | | | | | | | D | | | | | | D | | | 15 S |
| | | | | | NOITE | N | | N | | N | | | | N | | | | N | | | | | | | | N | | | N | | | | N | N | | | |
| 2 | GESSICA CIRIACO | 13530-MT | MÉDICA | CREDENCIAMENT | DIA | | D | | | D | | | | * | * | * | * | * | | | | | D | | | D | | | | D | | | | | | D | 14S |
| | | | | | NOITE | | | | | | N | | | * | * | * | * | * | N | | | N | | | | N | N | | | | N | | | | N | N | |
| 3 | MAYSA CABRAL SOARES | 12688-MT | MÉDICA | CREDENCIAMENT | DIA | | | D | | | | | | D | | | | | | D | | D | | | | | D | | D | | | | D | | D | | 15S |
| | | | | | NOITE | | | | N | | | N | N | | N | | N | | | | N | | | | N | | | | | | | | | | | | |
| 4 | CAIQUE L. LOPES | 12430MT | MÉDICO | 12430MT | DIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | D | D | | | | | D | D | | | | | 8S |
| | | | | | NOITE | | | | | | | | | | | | | | | | | | N | N | | | | | | N | N | | | | | | |
| 5 | DANIELLA P. DE MOURA | 15404 -MT | MÉDICA | CREDENCIAMENT | DIA | D | | | D | | D | | D | | D | | D | | | | D | | * | * | * | * | * | * | | | | | | | | | 10S |
| | | | | | NOITE | | N | | | | | | | | | N | | | | N | | | * | * | * | * | * | * | | | | | | | | | |
| SOBREAVISO ADMINISTRATIVO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | AINRTON L. DE SOUZA (ORTO) | 3649-MT | MÉDICO | CREDENCIAMENT | DIA | D | | D | | | | D | | D | | | | | | | D | | | | | | | | | | | | | | | | 5S |

| | LEGENDA | | | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|---|---|
| D | DIA | | | |
| N | NOITE | | | |
| T | TOTAL | | | |

*** ATENÇÃO A ESCALA DESTE MÊS PODERA SOFRER ALTERAÇÕES SEM AVISO PRÉVIO, DEVIDO CONTRATAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES E CASO EMERGÊNCIAIS ****

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

DRA. MAYSA CABRAL MACEDO SOARES
CRM: 12688- MT
DIRETORA CLINICA

ASSINATURA ELABORADOR

DANYELA SAMIRA GUIMARAES:82999910134

Assinado digitalmente por DANYELA SAMIRA GUIMARAES:82999910134
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC SOLUTI Multipla v5, OU=27297830000189, OU=Presencial, OU=Certificado PF A1, CN=DANYELA SAMIRA GUIMARAES:82999910134
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2025.03.07 09:06:35-04'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2024.4.0

DE ACORDO SMS