HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE
SOBREAVISO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campos de Júlio-MT

PREFEITURA MUNICIPAL CAMPOS DE JÚLIO-MT – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE : HOSPITAL MUNICIPAL LEOYR LAZERETE
SOBREAVISO DE 11/08 A 10/09 DE 2025

Nº	NOME	CONSELHO DE CLASSE	CARGO / FUNÇÃO	VÍNCULO	TURNO	MÊS – AGOSTO 2025																					MÊS –SETEMBRO 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	
						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	T		
01	JEORGE L. GONSALVES	12685-MT	MÉDICO	CREDENCIAMENT	DIA					*	*	*						*	*	*	*															
					NOITE					*	*	*			S			*	*	*			S					S	S				S		S	S	07 SA
02	GESSICA CIRIACO	13530-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA				*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*									*	*				
					NOITE	S			*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	S					S			S		S	*	S			06 SA
03	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA																															
					NOITE			S	S		S	S				S				S	S					S											08 SA
04	DANIELLA MOURA	15404 -MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	*																*	*	*	*	*	*					S	S				
					NOITE	*	S						S	S				S	S		*	*	*	*	*	*				S							08 SA
05	JAYANE TELES	16427-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA																					S										
					NOITE																				S												02 SA
06	CAIQUE LOPES	12430-MT	MÉDICO	CREDENCIAMENT	DIA						S	S						S	S					S												
					NOITE					S							S						S													08 SA
07	AILTON L. DE SOUZA	3649-MR	MED. ORTO	CREDENCIADO	DIA	S								S									S													
					NOITE					S								S																		05

LEGENDA

D	PLANTÃO DIA
N	PLANTÃO NOITE
UBS	UNIDADE BASICA DE SAUDE
S	SOBREAVISO

OBSERVAÇÕES

OBS. ACIONAR MEDICO 2 PARA VIAGEM EMERGENCIAL DIA, NOS DIAS 11, 12, 15, 21, 25, 26 E 27 DE AGOSTO E 04 SETEMBRO .

Observações: *PROIBIDO RASURAR A ESCALA*

*** 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.

DRA. MAYSA CABRAL MACEDO SOARES
CRM: 12688- MT
ASSINATURA DO PRESTADOR

DANYELA SAMIRA GUIMARAES:82999910134
AUTORIZAÇÃO

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: 2025.08.07 10:04:07-04'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2025.1.0