HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE
PLANTÃO MEDICO PRESENCIAL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE Campos de Júlio-MT

PREFEITURA MUNICIPAL CAMPOS DE JÚLIO-MT – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE : HOSPITAL MUNICIPAL LEOYR LAZERETE
PLATÃO MEDICO PRESENCIAL 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		
1	JEORGE L. GONSALVES	12685-MT	MÉDICO	CREDENCIAMENT	DIA	D			D	*	*	*	D	D		M 2	D	*	*	*	*	M2	M 2	M 2		D	D		M 2	M 2	D		D	D			24 P 7 SA
					NOITE	N	N		N	*	*	*		N			N	*	*	*	N			N			N									
2	GESSICA CIRIACO	13530-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	M2	M 2	M 2	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	D		D			M 2	D	UB S		*	*	M 2	M 2		17 P 1 UBD 4 S
					NOITE			N	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*		N		N	N			N		N	*	*		N	N	
3	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	UB S	UB S	D		D			M 2		D	UB S		D	D	M 2	M 2	D		D			M 2	D						D	M 2	20 P 3 UBS 8 SA
					NOITE					N			N		N							N							N				N			
5	DANIELLA MOURA	15404 -MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	*	D		M 2	M 2	D			M 2	M 2	D	M 2			D	D	*	*	*	*	*	*			D	M 2				D	18 P 8 SA
					NOITE	*						N				N				N	*	*	*	*	*	*	*	N					N			
6	JAYANE TELES	16427-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	UB S	UB S	UB S	UB S	UB S		D	UB S	UB S	UB S	UB S	UB S			UB S	UB S	UB S	UB S	UB S		S	UB S	UB S	UB S	UB S	UB S	D		UB S	UB S	UB S	23UBS 06 P 02 S
					NOITE						N							N	N					S							N					
07	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA									D									D						D							03
08	Benjamin D. Dequi	3800MT	Médico	REDENCIAMENT	DIA	D																														01

LEGENDA

D	PLANTÃO DIA
N	PLANTÃO NOITE
UBS	UNIDADE BASICA DE SAUDE

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 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: 2025.08.07 10:03:53-04'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2025.1.0
AUTORIZAÇÃO