HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE
SOBREAVISO MÉDICO

De 10/010 a 11/11 de2025

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Campos de Júlio-MT

PREFEITURA MUNICIPAL CAMPOS DE JÚLIO-MT – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE : HOSPITAL MUNICIPAL LEOYR LAZERET

Nº	NOME	CONSELHO DE CLASSE	CARGO / FUNÇÃO	VÍNCULO	TURNO	MÊS – OUTUBRO 2025																					MÊS – NOVEMBRO 2025										TOTAL
						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	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	
1	JEORGE L. GONSALVES	12685-MT	MÉDICO	CREDENCIAMENT	DIA	S				*	*	*	*	*	*	*	*				S						S								S		9 SA
					NOITE		S			*	*	*	*	*	*	*	*							S			S						S			S	
2	GESSICA CIRIACO	13530-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA		S							S						S			*	*			S										10 A
					NOITE					S				S				S					*			S			S				S			
3	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA								S																								9S A
					NOITE							S	S		S		S			S							S			S	S					
4	DANIELLA MOURA	15404 -MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA							*	*	*	*										*	*	*	*				S				8 SA
					NOITE	S		S	S		S	*	*	*	*				S		S		S		*	*	*	*								
5	JAYNE TELES	16427-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	*							*	*	*					*	*																5 SA
					NOITE	*							*	*	*	S				*	*	S			S				S					S			
09	AILTON L. DE SOUZA	3649-MR	MED. ORTO	CREDENCIADO	DIA			SA			SA					SA					SA									SA							05 SA

LEGENDA

D	PLANTÃO DIA
N	PLANTÃO NOITE
PS	POSTO SAUDE
S	SOBREAVISO
S V	VIAGEM

Observações: *PROIBIDO RASURAR A ESCALA*

**** EM CASO DE VIAGEM DAS 7:00 AS 19:00 HORAS DO DIA 20/10/25, ACIONAR O MEDICO 2.**

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

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

gov.br
Documento assinado digitalmente
MAYSA CABRAL MACEDO SOARES
Data: 08/10/2025 10:00:34-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

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: 2025.10.07 13:40:56 04'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2025.1.0

ASSINATURA DO AUTORIZAÇÃO SMS