



HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE

ESCALA PLANTÃO MEDICO

De 10/010 a 11/11 de2025



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	S	D	S
1	GEORGE L. GONSALVES	12685-MT	MÉDICO	CREDENCIAMENT	DIA				D	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	D		D		M2		D	M2	D		D	D	M2		D			M2		
					NOITE				N	*	*	*	*	*	*	*	*	*	N		N		N		N														
2	GESSICA CIRIACO	13530-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	D		M2		M2	D		D		D		M2	M2							D	*	*		M2				D			M2		D	
					NOITE							N		N		N												*				N							
3	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA					D		M2		D	M2	M2	D		M2					D		D					M2		D	M2					
					NOITE	N		N							N											N		N		N				N					
4	DANIELLA MOURA	15404 -MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA			D	M2		M2	*	*	*	*	D				D		D		M2			*	*	*	*	*	M2		D		D			
					NOITE					N		*	*	*	*	N	N												N		*	*	*	*	*	N			
5	JAYNE TELES	16427-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	*	D				PS	D	*	*	*							*	*			M2	PS		D							D			
					NOITE	*	N					N	*	*	*								*	*								N							N
07	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA																																03 P		
08	Benjamin D. Dequi	3800MT	Médico	REDENCIAMENT	DIA	D																														01 P			

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 DESTES 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

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:8299991
 0134

ASSINATURA DO AUTORIZAÇÃO SMS

Assinado digitalmente por DANYELA SAMIRA
 GUIMARAES:82999910134
 ND: C=BR, O=CP-Brasil, OU=AC SOLUTI Multipla v5, OU=2728783000189, OU=Presencial, CN=DANYELA SAMIRA GUIMARAES:82999910134
 Razão: Eu sou o autor deste documento
 Localização:
 Data: 2025.10.07 13:40:10-0400
 Font: Pdf Reader Versão: 2025.1.0