



HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE

ESCALA DE PLANTÃO MEDICO



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 – JANEIRO 2026															MÊS – FEVEREIRO 2026										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																						
						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	T																						
1	GEORGE L. GONSALVES	12685-MT	MÉDICO	CREENCIAMENT	DIA	*	*	M2							D	D	D	*	*	*	*	*	*	*	*	D		M2						M2	M2		M2	M2					D	M2	P 19														
					NOITE	*	*	N		N		N						*	*	*	*	*	*	*	*	N																																	
2	GESSICA CIRIACO	13530-MT	MÉDICA	CREENCIAMENT	DIA	D	M2			D	M2							M2	D																												M2	D	P 19										
					NOITE									N		N			N																																								
3	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREENCIAMENT	DIA		D			M2	D				M2	M2			M2	D																																	P 18						
					NOITE	N	N										N			N																																							
4	DANIELLA MOURA	15404 -MT	MÉDICA	CREENCIAMENT	DIA	*	*	D	M2										D																																		P 17						
					NOITE	*	*			N		N							N		N																																						
5	JAYNE TELES	16427-MT	MÉDICA	CREENCIAMENT	DIA	*	*			D																																														P 11			
					NOITE	*	*																																																				
07	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREENCIAMENT	DIA					D																																																	
08	Benjamin D. Dequi	3800MT	Médico	REDENCIAMENT	DIA					D																																																	
09	AILTON L. DE SOUZA	3649-MR	MED. ORTO	CREENCIADO	DIA					SA																																																	

LEGENDA

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

Observações: *PROIBIDO RASURAR A ESCALA*

* A ESCALA DESTES MÊS PODERA SOFRER ALTERAÇÕES SEM AVISO PRÉVIO, DEVIDO CONTRATAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES E CASO EMERGÊNCIAIS **
*****EM CASO DE VIAGEM DIA EM 12/01 ACIONAR MEDICO 02

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

ASSINATURA ELABORADOR

ASSINATURA DO AUTORIZAÇÃO SMS