HOSPITAL MUNICIPAL LEOCYR LAZARETE
ESCALA DE SOBRE AVISOS MEDICOS

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 – 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	JEORGE L. GONSALVES	12685-MT	MÉDICO	CREDENCIAMENT	DIA	*	*										*	*	*	*	*	*					S						S				S 10
					NOITE	*	*		S							*	*	*	*	*	*	*			S			S	S		S		S		S	S	
2	GESSICA CIRIACO	13530-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA															S														S			S 10
					NOITE	S	S						S			S			S	S											S		S				
3	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	S						S	S							*	*				S					*	*	*	*	*	*	S 10
					NOITE						S				S		S			*	*		S	S	S					*	*	*	*	*	*	
4	DANIELLA MOURA	15404 -MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	*	*												S											*	*	*	*			S 7
					NOITE	*	*			S		S						S			S	S				S				*	*	*	*			
5	JAYNE TELES	16427-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA	*	*										*	*	*	*	*	*	*	*	*											S 3
					NOITE	*	*	S						S			*	*	*	*	*	*	*	*	*				S							
07	MAYSA CABRAL	12688-MT	MÉDICA	CREDENCIAMENT	DIA																															
08	Benjamin D. Dequi	3800MT	Médico	REDENCIAMENT	DIA																															
09	AILTON L. DE SOUZA	3649-MR	MED. ORTO	CREDENCIADO	DIA		SA											SA							SA							SA			SA	

LEGENDA

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

Observações: *PROIBIDO RASURAR A ESCALA*

*** A ESCALA DESTE MÊS PODERA SOFRER ALTERAÇÕES SEM AVISO PRÉVIO, DEVIDO CONTRATAÇÃO DE NOVOS COLABORADORES E CASO EMERGÊNCIAIS ****
EM CASO DE VIAGEM DIA EM 12 E 26 DE JANEIRO 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

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: 2026.01.05 10:31:42-04'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2025.1.0

ASSINATURA DO AUTORIZAÇÃO SMS