



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

ESCALA MÉDICA

SMA - SOCIEDADE MARANHENSE DE ANESTESIOLOGIA
23.691.413/0001-65

MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA
ANESTESIOLOGIA/CENTRO CIRÚRGICO
JUNHO 2018

DATA	DIA	SETOR	7:00 AS 19:00	CRM	NOME DO MÉDICO	19:00 AS 7:00	CRM	NOME DO MÉDICO	OBSERVAÇÃO
01/jun	SEXTA		LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	
02/jun	SABADO		MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	
03/jun	DOMINGO		AMPARO	1374	MARIA DO AMPARO SOARES BRANDÃO	AMPARO	1374	MARIA DO AMPARO SOARES BRANDÃO	
04/jun	SEGUNDA		LUIZ HENRIQUE	1993	LUIZ HENRIQUE ARAUJO COSTA	LUIZ HENRIQUE	1993	LUIZ HENRIQUE ARAUJO COSTA	
05/jun	TERÇA		CIRO	2132	CIRO VIEIRA SANTOS	CIRO	2132	CIRO VIEIRA SANTOS	
06/jun	QUARTA		DELFIN	727	JOSE DELFIN EWERTON DOS SANTOS	GISANA	3808	GISANA RODRIGUES BASTOS	
07/jun	QUINTA		ELISA	650	MARIA ELISA SILVA LOBATO	ELISA	650	MARIA ELISA SILVA LOBATO	
08/jun	SEXTA		LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	
09/jun	SABADO		MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	
10/jun	DOMINGO		AMPARO	1374	MARIA DO AMPARO SOARES BRANDÃO	AMPARO	1374	MARIA DO AMPARO SOARES BRANDÃO	
11/jun	SEGUNDA		LUIZ HENRIQUE	1993	LUIZ HENRIQUE ARAUJO COSTA	LUIZ HENRIQUE	1993	LUIZ HENRIQUE ARAUJO COSTA	
12/jun	TERÇA		CIRO	2132	CIRO VIEIRA SANTOS	CIRO	2132	CIRO VIEIRA SANTOS	
13/jun	QUARTA		DELFIN	727	JOSE DELFIN EWERTON DOS SANTOS	GISANA	3808	GISANA RODRIGUES BASTOS	
14/jun	QUINTA		ELISA	650	MARIA ELISA SILVA LOBATO	ELISA	650	MARIA ELISA SILVA LOBATO	
15/jun	SEXTA		LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	
16/jun	SABADO		MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	
17/jun	DOMINGO		AMPARO	1374	MARIA DO AMPARO SOARES BRANDÃO	AMPARO	1374	MARIA DO AMPARO SOARES BRANDÃO	
18/jun	SEGUNDA		LUIZ HENRIQUE	1993	LUIZ HENRIQUE ARAUJO COSTA	LUIZ HENRIQUE	1993	LUIZ HENRIQUE ARAUJO COSTA	
19/jun	TERÇA		CIRO	2132	CIRO VIEIRA SANTOS	CIRO	2132	CIRO VIEIRA SANTOS	
20/jun	QUARTA		DELFIN	727	JOSE DELFIN EWERTON DOS SANTOS	GISANA	3808	GISANA RODRIGUES BASTOS	
21/jun	QUINTA		ELISA	650	MARIA ELISA SILVA LOBATO	ELISA	650	MARIA ELISA SILVA LOBATO	
22/jun	SEXTA		LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	
23/jun	SABADO		MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	
24/jun	DOMINGO		AMPARO	1374	MARIA DO AMPARO SOARES BRANDÃO	AMPARO	1374	MARIA DO AMPARO SOARES BRANDÃO	
25/jun	SEGUNDA		LUIZ HENRIQUE	1993	LUIZ HENRIQUE ARAUJO COSTA	LUIZ HENRIQUE	1993	LUIZ HENRIQUE ARAUJO COSTA	
26/jun	TERÇA		CIRO	2132	CIRO VIEIRA SANTOS	CIRO	2132	CIRO VIEIRA SANTOS	
27/jun	QUARTA		DELFIN	727	JOSE DELFIN EWERTON DOS SANTOS	GISANA	3808	GISANA RODRIGUES BASTOS	
28/jun	QUINTA		ELISA	650	MARIA ELISA SILVA LOBATO	ELISA	650	MARIA ELISA SILVA LOBATO	
29/jun	SEXTA		LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	LARISSA	8651	LARISSA REGO LIMA DE MEDEIROS	
30/jun	SABADO		MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	MAURICIO	6604	MAURICIO MIRANDA NUNES	

José Delfim Ewerton dos Santos
Maria Elisa Silva Lobato
Maurício Miranda Nunes
Maria do Amparo Soares Brandão
Gisana Rodrigues Bastos

SMA - Sociedade Maranhense
de Anestesiologia
CNPJ: 23.691.413/0001-65

Larissa Rego Lima de Medeiros
Luiz Henrique de Araújo Costa
Ciro Vieira Santos

Assinatura e carimbo responsável da empresa

Luciana G. Ferreira
Diretora Geral
Enf. Obstétrica Neo
CORENIMA 344.956

09/06/2018

Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: _____; CNPJ: _____

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: _____ CRM: _____ UF: MA.

Venho por meio deste, autorizar a empresa supramencionada a dispor dos serviços médicos prestados pela minha pessoa no período abaixo informado:

Mês: <u>JUNHO</u>			Ano: <u>2018</u>		
Dia	Visto/Autorização	Horário	Dia	Visto/Autorização	Horário
01			16		
02			17		
03			18		
04	<i>Roberto José T. Mendes</i> <i>co Anestesiologista</i> <i>CRM - 2907</i>		19	<i>Roberto José T. Mendes</i> <i>co Anestesiologista</i> <i>CRM - 2907</i>	
05			20		
06			21		
07			22		
08			23		
09			24		
10			25		
11	<i>Roberto José T. Mendes</i> <i>co Anestesiologista</i> <i>CRM - 2907</i>		26	<i>Roberto José T. Mendes</i> <i>co Anestesiologista</i> <i>CRM - 2907</i>	
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

Obs.: Os Horários serão dispostos conforme estiver em escala; M = Manhã, T = Tarde, SD = 12h diurno, SN = 12 noturno.

Local: _____

Data: ____/____/____

Responsável: _____

Assinatura: *Roberto José T. Mendes*
co Anestesiologista
CRM - 2907

Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: _____; CNPJ: _____

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: _____ CRM: _____ UF: MA.

Venho por meio deste, autorizar a empresa supramencionada a dispor dos serviços médicos prestados pela minha pessoa no período abaixo informado:

Mês: JUNHO			Ano: 2018		
Dia	Visto/Autorização	Horário	Dia	Visto/Autorização	Horário
01			16		
02			17		
03			18	Maria Elisa Silva Lobato	
04			19	Médica/Anestesista	
05			20	CRM-MA 650	
06			21		
07			22	Maria Elisa Silva Lobato	
08			23	Médica/Anestesista	
09			24	CRM-MA 650	
10			25		
11			26		
12			27	Maria Elisa Silva Lobato	
13			28	Médica/Anestesista	
14			29	CRM-MA 650	
15	Maria Elisa Silva Lobato		30		
	Médica/Anestesista				
	CRM-MA 650				

Obs.: Os Horários serão dispostos conforme estiver em escala; M = Manhã, T = Tarde, SD = 12h diurno, SN = 12 noturno.

Local: _____

Data: ____/____/____

Responsável: _____

Assinatura: _____

Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: _____; CNPJ: _____

Serviços Médicos: Anestesiologia

Profissional Médico: Lauro Rêgo CRM: 8651 UF: MA

Venho por meio deste, autorizar a empresa supramencionada a dispor dos serviços médicos prestados pela minha pessoa no período abaixo informado:

Mês:	JUNHO	Ano:	2018		
Dia	Visto/Autorização	Horário	Dia	Visto/Autorização	Horário
01	<i>Dr. Lauro Rêgo</i>	SD	17		
02			18		
03			19		
04			20		
05			21		
06			22	<i>Lauro Rêgo</i>	SD
07			23		
08	<i>Dr. Lauro Rêgo</i>	SD/SN	24		
09			25		
10			26		
11			27		
12			28		
13			29	<i>Lauro Rêgo</i>	SD/SN
14			30		
15	<i>Dr. Lauro Rêgo</i>	SD/SN			
16					

Obs.: Os Horários serão dispostos conforme estiver em escala; M = Manhã, T = Tarde, SD = 12h diurno, SN = 12 noturno.

Local: _____

Data: ____/____/____

Responsável: _____

Assinatura: _____

Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: _____; CNPJ: _____

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: _____ CRM: _____ UF: MA.

Venho por meio deste, autorizar a empresa supramencionada a dispor dos serviços médicos prestados pela minha pessoa no período abaixo informado:

Mês:	JUNHO	Ano:	2018		
Dia	Visto/Autorização	Horário	Dia	Visto/Autorização	Horário
01			17		
02			18		
03			19		
04			20		
05			21		
06			22		
07			23		
08			24		
09		7-19	25		
10		19-7	26		
11			27		
12			28		
13			29		
14			30		
15			31		
16		7-7			

Obs.: Os Horários serão dispostos conforme estiver em escala; M = Manhã, T = Tarde, SD = 12h diurno, SN = 12 noturno.

Local: _____

Data: 16 10/06 1/18

Responsável: _____

Assinatura: 
Mauricio Miranda Nunes
Médico Anestesiologista
CRM-MA 6604