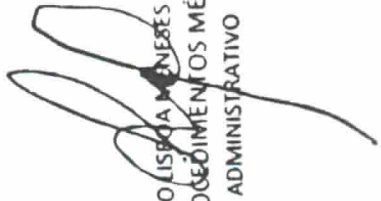


# LIFE PROCEDIMENTOS MÉDICOS LTDA

ESCALA DE MÉDICOS OBSTETRAS - NOSSA SENHORA DA PENHA - ABRIL/2018

| SEGUNDA | TERÇA        | QUARTA  | QUINTA     | SEXTA                | SÁBADO        | DOMINGO      |
|---------|--------------|---------|------------|----------------------|---------------|--------------|
| MANHÃ   | Jocarla Reis | Genesio | Ubirani    | Jackson              | Carlos Renato | Washington   |
| TARDE   | Jocarla Reis | Genesio | Ubirani    | Jackson              | Carlos Renato | Paulo Sergio |
| NOITE   | Washington   | Ubirani | Washington | Washington / Jackson | Jackson       | Washington   |

  
 ANTÔNIO LISBOA MENDES DE OLIVEIRA  
 LIFE PROCEDIMENTOS MÉDICOS LTDA  
 ADMINISTRATIVO

Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: Life Procedimentos Médicos LTDA :CNPJ: 23.850.286/0001-08

Serviços Médicos: \_\_\_\_\_

Profissional Médico: Isabela Fds Reis CRM: 6279 UF: MA

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

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

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

Local: Maternidade Nossa Sra. de Penha

Data: 02 / 04 / 18

Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Isabela Fds Reis  
MÉDICA  
CRM 6279

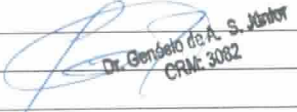
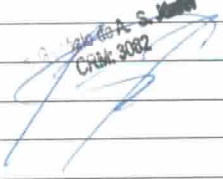
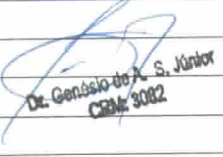
Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: LIFE PROCEDIMENTOS MEDICOS :CNPJ: 23.850.286/001-08

Serviços Médicos: Osteobio

Profissional Médico: GENESIO DO A. S. JUNIOR CRM: 3082 UF: MA.

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

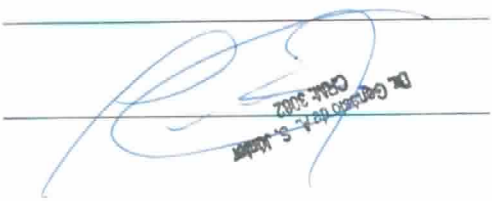
| Mês: | ABRIL                                                                                                                           | Ano:    | 2018 |                                                                                                                                  |         |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Dia  | Visto/Autorização                                                                                                               | Horário | Dia  | Visto/Autorização                                                                                                                | Horário |
| 01   |                                                                                                                                 |         | 16   |                                                                                                                                  |         |
| 02   |                                                                                                                                 |         | 17   |                                                                                                                                  |         |
| 03   | <br>Dr. Genesio do A. S. Junior<br>CRM: 3082   | 07-19   | 18   | <br>Dr. Genesio do A. S. Junior<br>CRM: 3082   | 07-17   |
| 04   |                                                                                                                                 |         | 19   |                                                                                                                                  |         |
| 05   |                                                                                                                                 |         | 20   |                                                                                                                                  |         |
| 06   |                                                                                                                                 |         | 21   |                                                                                                                                  |         |
| 07   |                                                                                                                                 |         | 22   |                                                                                                                                  |         |
| 08   |                                                                                                                                 |         | 23   |                                                                                                                                  |         |
| 09   | <br>Dr. Genesio do A. S. Junior<br>CRM: 3082 | 07-19   | 24   | <br>Dr. Genesio do A. S. Junior<br>CRM: 3082 | 07-17   |
| 10   |                                                                                                                                 |         | 25   |                                                                                                                                  |         |
| 11   |                                                                                                                                 |         | 26   |                                                                                                                                  |         |
| 12   |                                                                                                                                 |         | 27   |                                                                                                                                  |         |
| 13   |                                                                                                                                 |         | 28   |                                                                                                                                  |         |
| 14   |                                                                                                                                 |         | 29   |                                                                                                                                  |         |
| 15   |                                                                                                                                 |         | 30   |                                                                                                                                  |         |
| 16   |                                                                                                                                 |         | 31   |                                                                                                                                  |         |

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

Local: São Luís

Data: 03 / 04 / 18.

Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura:   
Dr. Genesio do A. S. Junior  
CRM: 3082

Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: kle Procedimentos Médicos; CNPJ: 23.850.286/0001-08

Serviços Médicos: OBSTETRA

Profissional Médico: Ubirani Souza Nascimento CRM: 2657 UF: MA

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

| Mês: | ABRIL                           | Ano:    | 2018 |                                 |         |
|------|---------------------------------|---------|------|---------------------------------|---------|
| Dia  | Visto/Autorização               | Horário | Dia  | Visto/Autorização               | Horário |
| 01   |                                 |         | 16   | <u>Ubirani Souza Nascimento</u> | 12h     |
| 02   |                                 |         | 17   | <u>Ubirani Souza Nascimento</u> | 12h     |
| 03   | <u>Ubirani Souza Nascimento</u> | 12h     | 18   |                                 |         |
| 04   | <u>Ubirani Souza Nascimento</u> | 12h     | 19   |                                 |         |
| 05   |                                 |         | 20   |                                 |         |
| 06   |                                 |         | 21   |                                 |         |
| 07   |                                 |         | 22   |                                 |         |
| 08   |                                 |         | 23   |                                 |         |
| 09   |                                 |         | 24   | <u>Ubirani Souza Nascimento</u> | 12h     |
| 10   |                                 |         | 25   |                                 |         |
| 11   | <u>Ubirani Souza Nascimento</u> | 12h     | 26   |                                 |         |
| 12   |                                 |         | 27   |                                 |         |
| 13   |                                 |         | 28   |                                 |         |
| 14   |                                 |         | 29   |                                 |         |
| 15   |                                 |         | 30   | <u>Ubirani Souza Nascimento</u> | 12h     |
| 16   |                                 |         | 31   | <u>Ubirani Souza Nascimento</u> | 12h     |

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

Local: São Luís - MA

Data: 04 / 04 / 18

Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Ubirani Nascimento**  
Médico  
CRM - MA 2657



Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: Life Procedimentos Médicos LTDA CNPJ: 23.850.286/0001-08

Serviços Médicos: OBSTETRA

Profissional Médico: Jackson Sousa Corra Junior CRM: 7242 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>ABRIL</u> |                   |         | Ano: <u>2018</u> |                   |         |
|-------------------|-------------------|---------|------------------|-------------------|---------|
| Dia               | Visto/Autorização | Horário | Dia              | Visto/Autorização | Horário |
| 01                |                   |         | 16               |                   |         |
| 02                |                   |         | 17               |                   |         |
| 03                |                   |         | 18               |                   |         |
| 04                |                   |         | 19               |                   |         |
| 05                |                   | 24hs    | 20               |                   | 24hs    |
| 06                |                   | 24hs    | 21               |                   | 24hs    |
| 07                |                   |         | 22               |                   |         |
| 08                |                   |         | 23               |                   | SN      |
| 09                |                   |         | 24               |                   |         |
| 10                |                   | SN      | 25               |                   |         |
| 11                |                   |         | 26               |                   | 12hs    |
| 12                |                   | SD      | 27               |                   | 24hs    |
| 13                |                   | 24hs    | 28               |                   |         |
| 14                |                   |         | 29               |                   |         |
| 15                |                   |         | 30               |                   |         |
| 16                |                   |         | 31               |                   |         |

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

Local: São Luís

Data: 06 / 04 / 18

Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: Jackson Sousa C. Jr.

*[Handwritten signature]*

Unidade de Saúde: MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA PENHA

Empresa: Life Procedimentos Judiciais LTDA; CNPJ: 23.850.286/0001-08

Serviços Médicos: OBSTETRICA

Profissional Médico: Washington Ribeiro de Sampaio Filho CRM: 1416 UF: MA

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

| Mês: | ABRIL             |           | Ano: | 2018              |           |
|------|-------------------|-----------|------|-------------------|-----------|
| Dia  | Visto/Autorização | Horário   | Dia  | Visto/Autorização | Horário   |
| 01   | <i>any</i>        | SN-12h    | 46   |                   |           |
| 02   | <i>any</i>        | SN-12h    | 17   |                   |           |
| 03   |                   |           | 18   | <i>any</i>        | SN-12h    |
| 04   | <i>any</i>        | SN-12h    | 19   |                   |           |
| 05   |                   |           | 20   |                   |           |
| 06   |                   |           | 21   | <i>any</i>        | SD-SN-12h |
| 07   | <i>any</i>        | SD-SN-12h | 22   | <i>any</i>        | SN-12h    |
| 08   | <i>any</i>        | SN-12h    | 23   | <i>any</i>        | SN-12h    |
| 09   | <i>any</i>        | SN-12h    | 24   |                   |           |
| 10   |                   |           | 25   | <i>any</i>        | SN-12h    |
| 11   | <i>any</i>        | SN-12h    | 26   | <i>any</i>        | SN-12h    |
| 12   | <i>any</i>        | SN-12h    | 27   |                   |           |
| 13   |                   |           | 28   | <i>any</i>        | SD-SN-12h |
| 14   | <i>any</i>        | SD-SN-12h | 29   | <i>any</i>        | SN-12h    |
| 15   | <i>any</i>        | SN-12h    | 30   | <i>any</i>        | SN-12h    |
| 16   | <i>any</i>        | SN-12h    | 31   |                   |           |

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

Local: \_\_\_\_\_

Data: 09 09 18

Responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

*Washington Ribeiro de Sampaio Filho*  
Ginecologia - Obstetrícia  
CRM-MA 1416