Serviço de Pediatria - Maternidade Bendito Leite

ESCALA DE PLANTÃO - PEDIATRIA CO

mai/18

	Segunda			Terça			Quarta			Quinta			Sexta			Sábado			Domingo		
	DIA	Ped1	Ped2	DIA	Ped1	Ped2	DIA	Ped1	Ped2	DIA	Ped1	Ped2	DIA	Ped1	Ped2	DIA	Ped1	Ped2	DIA	Ped1	Ped2
MANHÃ				1	DESTERRO	CALDERONI	2	ELIANE	ROSSANA	3	DESTERRO	SOCORRO	4	ROSSANA	ELIANE	5	SOCORRO	DESTERRO	6	ELIANE	SOCORRO
	7	ELIANE	CALDERONI	8	DESTERRO	CALDERONI	9	ELIANE	ROSSANA	10	DESTERRO	SOCORRO	11	ROSSANA	ELIANE	12	SOCORRO	DESTERRO	13	ELIANE	SOCORRO
	14	ELIANE	CALDERONI	15	DESTERRO	CALDERONI	16	ELIANE	ROSSANA	17	DESTERRO	SOCORRO	18	ROSSANA	ELIANE	19	SOCORRO	DESTERRO	20	ELIANE	SOCORRO
	21	ELIANE	CALDERONI	22	DESTERRO	CALDERONI	23	ELIANE	ROSSANA	24	DESTERRO	SOCORRO	25	ROSSANA	ELIANE	26	SOCORRO	DESTERRO	27	ELIANE	SOCORRO
	28	ELIANE	CALDERONI	29	DESTERRO	CALDERONI	30	ELIANE	ROSSANA	31	DESTERRO	SOCORRO									
TARDE				1	FONTELES	AZEVEDO	2	ELIANE	CALDERONI	3	TERESA	SOCORRO	4	TERESA	ELIANE	5	FONTELES	AZEVEDO	6	ELIANE	SOCORRO
	7	ELIANE	ROSSANA	8	FONTELES	AZEVEDO	9	ELIANE	CALDERONI	10	TERESA	SOCORRO	11	TERESA	ELIANE	12	SOCORRO	ROSSANA	13	ELIANE	SOCORRO
	14	ELIANE	ROSSANA	15	FONTELES	AZEVEDO	16.	ELIANE	CALDERONI	17	TERESA	SOCORRO	18	TERESA	ELIANE	19	FONTELES	AZEVEDO	20	ELIANE	SOCORRO
	21	ELIANE	ROSSANA	22	FONTELES	AZEVEDO	23	ELIANE	CALDERONI	24	TERESA	SOCORRO	25	TERESA	ELIANE	26	SOCORRO	ROSSANA	27	ELIANE	SOCORRO
	28	ELIANE	ROSSANA	29	FONTELES	AZEVEDO	30	ELIANE	CALDERONI	31	TERESA	SOCORRO									
NOITE				1	FONTELES	AZEVEDO	2	TERESA	CINTHYA	3	FONTELES	AZEVEDO	4	TERESA	C.RAQUEL	5	FONTELES	AZEVEDO	6	TERESA	C.RAQUEL
	7	DESTERRO	LARYSSA	8	FONTELES	AZEVEDO	9	TERESA	C.RAQUEL	10	FONTELES	AZEVEDO	11	TERESA	C.RAQUEL	12	FONTELES	AZEVEDO	13	TERESA	C.RAQUEL
	14	DESTERRO	BRUNA	15	FONTELES	AZEVEDO	16	TERESA	C.RAQUEL	17	FONTELES	AZEVEDO	18	TERESA	C.RAQUEL	19	FONTELES	AZEVEDO	20	TERESA	C.RAQUEL
	21	DESTERRO	LARYSSA	22	FONTELES	AZEVEDO	23	TERESA	CINTHYA	24	FONTELES	AZEVEDO	25	TERESA	C.RAQUEL	26	FONTELES	AZEVEDO	27	TERESA	CINTHIA
	28	DESTERRO	BRUNA	29	FONTELES	AZEVEDO	30	TERESA	CINTHYA	31	FONTELES	AZEVEDO									

OBS: FERIADOS (01 e 31/05)

Teresa Cardoso

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA.
CNPJ: 09.471.838/0001-38

Serviço de Pediatria - Maternidade Benedito Leite ESCALA DO ALOJAMENTO CONJUNTO - PEDIATRIA	MAIO/18
Diariamente	FONTELES/ AZEVEDO/LIVRAMENTO
Sábado	FONTELES/AZEVEDO/ELIANE(5/12/19/26)
Domingo	FONTELES/AZEVEDO/ROSSANA(6/13/20/27)
OBS: FERIADOS (01 e 31/05) → F. FONTELES e F. AZEVEDO	

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA
MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA.
CNPJ: 09.471.838/0001-32

Serviço de Pediatria - Maternidade Bendito Leite ESCALA DOS MEDICOS DO ESTADO - PEDIATRIA			MÊS ____MAIO__/__2018__
MEDICO	Dia	Horario 1	Horario 2
FONTELES	TERÇA-FEIRA	13:00 HS AS 19:00 HS	19:00 HS AS 7:00 HS
ELIANE	QUARTA-FEIRA	7:00 HS AS 19:00 HS	-
	SEXTA-FEIRA	7:00 HS AS 13:00 HS	
LIVRAMENTO	DIARIAMENTE NO ALCON		

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA.
CNPJ: 09.471.838/0001-32

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: MATERNIDADE B. LEITE

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: BRUNA GOMES SILVA DE LIMA CRM: 7269 UF: MA

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

Mês:		Ano:			
Dia	**Visto/Autorização**	**Horário**	**Dia**	**Visto/Autorização**	**Horário**
01			16		
02			17		
03			18		
04			19		
05			20		
06			21		
07			22		
08			23		
09			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28	Bruna Gomes Silva de Lima	SN
14	Bruna Gomes Silva de Lima	SN	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: 20 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cristina Cor[illegible] CRM-17[illegible] PED.NE

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA. CNPJ: 03.471.[illegible]-38

Assinatura: _____

Unidade de Saúde: MATERNIDADE B. ZETTE

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: LARYSSA FONTES F. DOS SANTOS CRM: 7659 UF: MA

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

Mês:		Ano:			
Dia	**Visto/Autorização**	**Horário**	**Dia**	**Visto/Autorização**	**Horário**
01			16		
02			17		
03			18		
04			19		
05			20		
06			21	Laryssa Fontes F. dos Santos	SN
07	Laryssa Fontes F. dos Santos	SN	22		
08			23		
09			24		
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: 20 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cristina Cardoso CRM 1704 - MA PEDIATRA

Assinatura: _____

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: Maternidade Benedito Leite

Empresa: SAMPEP CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: Cinthya de Orleans Carvalho de Moura CRM: 5960 UF: MA

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

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

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

Local: São Luís - MA

Data: 20 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cristina Cara... CRM-1701-MA PED-NEO

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA. CNPJ: 03.471.830/0001-38

Assinatura: Cinthya de Orleans Carvalho de Moura

Unidade de Saúde: Maternidade Benedito Leite

Empresa: SAMPOS CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos:

Profissional Médico: Ciara Raquel T Santana CRM: 5945 UF: MA

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

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

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

Local: São Luís - MA

Data: 30 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cristina Cardoso CRM-MA PED-NEO

Assinatura: Ciara Raquel Tavares Santana

MEDICA EM PEDIATRIA

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: Maternidade Benedito Leite

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/____-__

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: Mª de Fátima Andrade Calderoni CRM: 1649 UF: MA

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

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

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

Local: São Luís

Data: 20 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cristina Cardoso CRM-1700-MA PED-NEO

Assinatura: Fátima Calderoni

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: MAT. BENEDITO LEITE

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: Ronaura Maria P. Mende CRM: 2691 UF: MA

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

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

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

Local: São Luís -

Data: 20 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cristina Cardoso
CRM-[illegible]
PED-NEO

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA.
CNPJ: [illegible]

Assinatura: Ronaura Maria P. Mende

Unidade de Saúde: Maternidade Benedito Leite

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: RAQUEL CASTRO DESTERRO E SILVA MOREIRA LIMA CRM: 2131 UF: MA

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

Mês:	Ano:				
Dia	**Visto/Autorização**	**Horário**	**Dia**	**Visto/Autorização**	**Horário**
01	[signature]	M	16		
02			17	[signature]	M
03	[signature]	M	18		
04			19	[signature]	M
05	[signature]	M	20		
06			21	[signature]	SN
07	[signature]	SN	22	[signature]	M
08	[signature]	M	23		
09			24	[signature]	M
10	[signature]		25		
11			26	[signature]	M
12	[signature]	M	27		
13			28	[signature]	SN
14	[signature]	SN	29	[signature]	M
15	[signature]	M	30		
16			31	[signature]	M

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

Local: São Luís - MA

Data: 20 / 05 / 18

Responsável: [signature] Teresa Cristina Cardoso CRM PED

Assinatura: [signature]

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: Maternidade Benedito Leite

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: Fatima Azevedo CRM: 1507 UF: MA

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

Mês:		Ano:			
Dia	**Visto/Autorização**	**Horário**	**Dia**	**Visto/Autorização**	**Horário**
01			16		
02			17	Fatima Azevedo	1900hs
03	Fatima Azevedo	19:00h	18		
04			19	Fatima Azevedo	1900hs
05	Fatima Azevedo	19hs	20		
06			21	Fatima Azevedo	13-19h
07	Fatima Azevedo	13hs-19h	22		
08			23		
09			24	Fatima Azevedo	19:00h
10	Fatima Azevedo	1900h	25		
11			26	Fatima Azevedo	1900h
12	Fatima Azevedo	1900hs	27		
13			28	Fatima Azevedo	1900hs
14	Fatima Azevedo	1900hs	29		
15			30		
16			31	Fatima Azevedo	1900hs

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

Local: São Luís

Data: 30/05/18

Responsável: Teresa Cristina Cardoso CRM 1704 - MA PED-NEC

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA. CNPJ: 03.471.330/0001-38

Assinatura: Mª de Fatima B. A. Leite

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: Maternidade Benedito Leite

Empresa: SOMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: Maria Fátima Carneiro Fontes CRM: 1504 UF: 01

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

Mês:		Ano:			
Dia	**Visto/Autorização**	**Horário**	**Dia**	**Visto/Autorização**	**Horário**
01			16		
02			17		
03	[illegible]	13-07HS	18		
04			19	[illegible]	noturno
05	[illegible]	noturno	20		
06			21	[illegible]	13-07HS
07	[illegible]	13-07HS	22		
08			23		
09			24		
10			25		
11			26	[illegible]	noturno
12	[illegible]	noturno	27		
13			28	[illegible]	noturno
14	[illegible]	noturno	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: 30 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cristina Cardoso CRM-MA PED-NEO

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA. CNPJ: 03.471.838/0001-38

Assinatura: Maria de Fátima Carneiro Fontes

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: Maternidade Benedito Leite

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: Eliane Leite Barbosa Costa CRM: 1942 UF: MA

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

Mês:		Ano: Maio			
Dia	**Visto/Autorização**	**Horário**	**Dia**	**Visto/Autorização**	**Horário**
01			16		
02	[signature]	SD	17		
03			18	[signature]	SD
04	[signature]	SD	19		
05			20	[signature]	SD
06	[signature]	SD	21	[signature]	SD
07	[signature]	SD	22		
08			23	[signature]	
09	[signature]	SD	24		
10			25	[signature]	SD
11	[signature]	SD	26		
12			27	[signature]	SD
13	[signature]	SD	28	[signature]	SD
14	[signature]	SD	29		
15			30	[signature]	SD
16	[signature]	SD	31		

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

Local: São Luís - MA

Data: 20 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cristina Cardoso CRM 1794 - MA PED-NEO [signature]

Assinatura: [signature] Barbosa Costa

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA. CNPJ: [illegible]

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: MATERNIDADE BENEDITO LEITE

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: Maria do Socorro Diniz Alves CRM: 466 UF: MA

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

Mês: _____ Ano: _____					
Dia	**Visto/Autorização**	**Horário**	**Dia**	**Visto/Autorização**	**Horário**
01			16		
02			17	[signature]	SD.
03	[signature]	SD.	18		
04			19	[signature]	M.
05	[signature]	M.	20	[signature]	SD.
06	[signature]	SD.	21		
07			22		
08			23		
09			24	[signature]	SD.
10	[signature]	SD.	25		
11			26	[signature]	SD.
12	[signature]	SD.	27	[signature]	SD.
13	[signature]	SD.	28		
14			29		
15			30		
16			31	[signature]	SD.

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

Local: São Luís – MA

Data: 20 / 05 / 2018

Responsável: [signature] Teresa Cristina Cardoso CRM-1704 - MA PED-NEO

SAMPED - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA. CNPJ: 03.471.5[illegible]/0001-38

Assinatura: [signature]

INSTITUTO ACQUA
www.institutoacqua.org.br

Transformando projetos em ações!

Unidade de Saúde: Maternidade B. Leite

Empresa: SAMPED CNPJ: ___.___.___/___-___

Serviços Médicos: _____

Profissional Médico: TERESA CRISTINA CE DA SILVA CRM: 1704 UF: Ma

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

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

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

Local: São Luís

Data: 20 / 05 / 18

Responsável: Teresa Cardoso

Assinatura: Teresa Cristina Cardoso CRM-1704 - MA CEDANEO

S.M.E.D. - SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA EM PEDIATRIA LTDA. CNPJ: 05.471.530/0001-38