

984416552

Unidade de Saúde: Hospital Juvencio Mattos

Empresa: Serviço de Anestesiologia do Maranhão S/S CNPJ: 35.110.915/0001-34

Serviços Médicos: Anestesiologia

Profissional Médico: ANA GABRIELA P.D. OLIVEIRA- CRM-5855- UFMA

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

Mês: DE DEZEMBRO/ 2018

| Dia | Visto/ Autorização | Horário | Dia | Visto/ Autorização | Horário |
|-----|--------------------|---------|-----|--------------------|---------|
| 1   | //////////         |         | 17  | //////////         |         |
| 2   | //////////         |         | 18  | //////////         |         |
| 3   | //////////         |         | 19  | <i>Gabe</i>        | SD/SN   |
| 4   | //////////         |         | 20  | <i>Gabe</i>        | SD/SN   |
| 5   | <i>Gabe</i>        | SD/SN   | 21  | //////////         |         |
| 6   | //////////         |         | 22  | //////////         |         |
| 7   | <i>Gabe</i>        | SN      | 23  | //////////         |         |
| 8   | <i>Gabe</i>        | SD/SN   | 24  | //////////         |         |
| 9   | <i>Gabe</i>        | SD/SN   | 25  | //////////         |         |
| 10  | //////////         |         | 26  | <i>Gabe</i>        | SD/SN   |
| 11  | //////////         |         | 27  | //////////         |         |
| 12  | <i>Gabe</i>        | SD/SN   | 28  | //////////         |         |
| 13  | //////////         |         | 29  | //////////         |         |
| 14  | //////////         |         | 30  | //////////         |         |
| 15  | //////////         |         | 31  | //////////         |         |
| 16  | //////////         |         |     |                    |         |

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

Local:

Data: 08 DE NOVEMBRO/2018

Responsável: \_\_\_\_\_

Dr. José Wilson Ferro Gomes Batista  
CRM-MA 354

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

Ana Gabriela P. D. de Oliveira  
Anestesiologia  
CRM 5855

Unidade de Saúde: Hospital Juvencio Mattos

Empresa: Serviço de Anestesiologia do Maranhão S/S CNPJ: 35.110.915/0001-34

Serviços Médicos: Anestesiologia

Profissional Médico: EDIDIO SOARES REIS-CRM- 6555- UFMA

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

**Mês: DEZEMBRO/ Ano:2018**

| Dia | Visto/ Autorização                                                                  | Horário | Dia | Visto/ Autorização                                                                  | Horário |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1   |    | SD/SN   | 17  |    | SD      |
| 2   |    | SD/SN   | 18  |    | SN      |
| 3   |    | SD      | 19  | ////////////////////                                                                |         |
| 4   |    | SN      | 20  | ////////////////////                                                                |         |
| 5   | ////////////////////                                                                |         | 21  | ////////////////////                                                                |         |
| 6   |   | SD/SN   | 22  | ////////////////////                                                                |         |
| 7   | ////////////////////                                                                |         | 23  | ////////////////////                                                                |         |
| 8   | ////////////////////                                                                |         | 24  | ////////////////////                                                                |         |
| 9   | ////////////////////                                                                |         | 25  | ////////////////////                                                                |         |
| 10  |  | SD      | 26  | ////////////////////                                                                |         |
| 11  |  | SN      | 27  |  | SD/SN   |
| 12  | ////////////////////                                                                |         | 28  |  | SN      |
| 13  |  | SD      | 29  |  | SD/SN   |
| 14  | ////////////////////                                                                |         | 30  |  | SD/SN   |
| 15  | ////////////////////                                                                |         | 31  |  | SD/SN   |
| 16  |  | SD/SN   |     |                                                                                     |         |

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

Local:

Data: 08 DE NOVEMBRO/2018

Responsável: \_\_\_\_\_

Dr. JOSE WILSON FERREIRA GOMES DASILVA  
CRM-MA 354

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

Edidio Soares Reis  
Anestesiologia  
CRM 6555

Unidade de Saúde: Hospital Juvencio Mattos

Empresa: Serviço de Anestesiologia do Maranhão S/S CNPJ: 35.110.915/0001-34

Serviços Médicos: Anestesiologia

Profissional Médico: Gisana Rodrigues Bastos Araujo-CRM- 3808- UFMA

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

Mês: DEZEMBRO/ Ano:2018

| Dia | Visto/ Autorização   | Horário | Dia | Visto/ Autorização   | Horário |
|-----|----------------------|---------|-----|----------------------|---------|
| 1   | //////////////////// |         | 17  | ✓                    | SN      |
| 2   | //////////////////// |         | 18  | ✓                    | SD      |
| 3   | ✓                    | SN      | 19  | //////////////////// |         |
| 4   | ✓                    | SD      | 20  | //////////////////// |         |
| 5   | //////////////////// |         | 21  | ✓                    | SD/SN   |
| 6   | //////////////////// |         | 22  | ✓                    | SD/SN   |
| 7   | ✓                    | SD      | 23  | ✓                    | SD/SN   |
| 8   | //////////////////// |         | 24  | ✓                    | SD/SN   |
| 9   | //////////////////// |         | 25  | ✓                    | SD/SN   |
| 10  | ✓                    | SN      | 26  | //////////////////// |         |
| 11  | ✓                    | SD      | 27  | //////////////////// |         |
| 12  | //////////////////// |         | 28  | //////////////////// |         |
| 13  | ✓                    | SN      | 29  | //////////////////// |         |
| 14  | ✓                    | SD/SN   | 30  | //////////////////// |         |
| 15  | ✓                    | SD/SN   | 31  | //////////////////// |         |
| 16  | //////////////////// |         |     |                      |         |

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

Local:

Data: 08/NOVEMBRO/2018

Responsável: \_\_\_\_\_

Dr. José Wilson Filho Gomes Batista

CRM-MA 354

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

Gisana R. Bastos Araujo  
Anestesiologista  
CRM: 3808