



PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**IBATIBA**

## FORMULÁRIO - PS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome do arquivo:  
**ESCALA MENSAL**

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE <b>IBATIBA</b></p>	<b>FORMULÁRIO - PS</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>				
		Nome do arquivo: <b>ESCALA MENSAL</b>				
		<b>Nº de revisão</b>	<b>Data da criação</b>	<b>Data de revisão</b>	<b>Página</b>	<b>Qt. de pagina</b>
1	27/12/2024	01/01/2025	1	1		
Diretoria / Departamento <b>COORDENAÇÃO - PS</b>						

ESCALA MENSAL - TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

**OBS: COMUNICAR AS TROCAS A COORDENAÇÃO PARA NÃO TER PROBLEMA NO RELATÓRIO DE DIÁRIAS DO FINAL DO MÊS**

LEGENDA		Carimbo e assinatura da coordenação				
F - FOLGA						
P - PLANTÃO						
FE - FÉRIAS						
AM: ATESTADO MÉDICO						
LM: LICENÇA MATERNIDADE		Criado por:		Verificado por:		Data de criação:
INSS: AFASTAMENTO		Maria Clara Pimentel		SECRETARIA DE SAÚDE		01/01/2025
		Enf. RT – pronto socorro		Aprovado por:		Data de revisão:
				Secretario de saúde		