

|                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                           |                 |        |               |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------|---------------|----------------------------------------|---|---|---|--------------------------------------|---|---|---|--------------------------------|----|----|----|--------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
|  <p><b>PREFEITURA MUNICIPAL DE IBITIRAMA</b><br/>Secretaria Municipal de Saúde<br/>Pronto Atendimento "João Soares De Azevedo"</p> | SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE |                                                                                           |                 |        |               |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                                                                                                                                                                                                    | Nome do arquivo:              |                                                                                           |                 |        |               |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                                                                                                                                                                                                    | ESCALA MENSAL                 |                                                                                           |                 |        |               |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| Diretoria / Departamento<br>COORDENAÇÃO - PA                                                                                                                                                                       | Nº de revisão                 | Data da criação                                                                           | Data de revisão | Página | Qt. de pagina |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
|                                                                                                                                                                                                                    | 1                             | 01/12/2025                                                                                | 19/12/2025      | 1      | 1             |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| ESCALA MENSAL - ENFERMEIROS TRIAGEM                                                                                                                                                                                |                               |                                                                                           |                 |        |               |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| SETOR: PRONTO SOCORRO                                                                                                                                                                                              | MÊS: MARÇO DE 2026            |                                                                                           |                 |        | 1             | 2                                      | 3 | 4 | 5 | 6                                    | 7 | 8 | 9 | 10                             | 11 | 12 | 13 | 14                             | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |   |
| NOME DO PROFISSIONAL                                                                                                                                                                                               | Nº DO CONSELHO                | CARGA HORÁRIA                                                                             | HORÁRIO         | D      | S             | T                                      | Q | Q | S | S                                    | D | S | T | Q                              | Q  | S  | S  | D                              | S  | T  | Q  | Q  | S  | S  | D  | S  | T  | Q  | Q  | S  | S  | D  | S  | T  |    |   |
| POLLYANE BASTOS DE MATTOS                                                                                                                                                                                          | 397.518-ENF                   | 12hx60h                                                                                   | 07h às 19h      | P      |               |                                        | P |   |   | P                                    |   |   | P |                                |    | P  |    |                                | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |   |
| VANESSA DUTRA DE MOURA                                                                                                                                                                                             | 859.626 - ENF                 | 12hx60h                                                                                   | 07h às 19h      |        | P             |                                        |   | P |   |                                      | P |   |   | P                              |    |    | P  |                                |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |   |
| MARIA CLARA PIMENTEL NOIA                                                                                                                                                                                          | 704.355 - ENF                 | 12hx60h                                                                                   | 07h às 19h      |        |               | P                                      |   |   | P |                                      |   | P |   |                                | P  |    |    | P                              |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P  |    |    | P |
|                                                                                                                                                                                                                    |                               |                                                                                           |                 |        |               |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| 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                                                                                                                                                                                            |                               |                                                                                           |                 |        |               |                                        |   |   |   |                                      |   |   |   |                                |    |    |    |                                |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |
| INSS: AFASTAMENTO                                                                                                                                                                                                  |                               | Criado por:<br>Karla Karolina Vieira Simões<br>ENFª. RT – PRONTO ATENDIMENTO - ART 92.100 |                 |        |               | Verificado por:<br>SECRETARIA DE SAÚDE |   |   |   | Aprovado por:<br>Secretario de saúde |   |   |   | Data de criação:<br>01/12/2025 |    |    |    | Data de revisão:<br>19/12/2025 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |   |

  
**Karla Karolina V. Simões**  
 Enfermeira RT  
 COREN 265.634 ES

  
**Leandro Gomes Oliveira**  
 Diretor do Pronto Atendimento  
 Decreto 515/2025