

PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCAS DO RIO VERDE MT – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE																																						
ESCALA MENSAL DE TRABALHO																																						
UNIDADE: FARMÁCIA SATÉLITE I – PAM																																						
MÊS/ANO: JANEIRO/2026																																						
SEQ.	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA	CONSELHO PROFISSIONAL	CARGO / FUNÇÃO	TIPO DE VÍNCULO	HORÁRIO DE TRABALHO SEGUNDA A SEXTA	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	
FARMACÊUTICO																																						
1	RAQUEL APARECIDA NOGUEIRA SANTOS		CRF/MT 583378	Farmacêutica – RT	ESTATUTÁRIO	8:00 – 12:00 E 14:00- 18:00 segunda à sexta	FR	FR	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	
2	LUDIMILA DA SILVA SANTOS		CRF/MT 587812	Farmacêutica – RT	Comissionado	18:00 as 00:00 segunda a sexta e 06:00 as 18:00 sábado	FR	FR	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	F	F	T	T	T	T	T	T	F
AUXILIAR ADMINISTRATIVO																																						
3	ANA ROSA DA SILVA BOLDORI	3760		Agente comunitario de saúde em desvio de função	ESTATUTÁRIO	6:00 às 10:00, das 12:00 às 16:00 – segunda à sexta	FR	FR	F	F	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	
4	RAYSSA DE PINHO GUSMÃO			Atendente de Farmácia/administrativo	TERCEIRIZADO	06:00 às 18:00 – 12/36	T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T	
5	JOCILENE ABREU DO NASCIMENTO SILVA			Atendente de Farmácia/administrativo	TERCEIRIZADO	06:00 às 18:00 – 12/36		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		T		
LEGENDA:		Nº DE DIAS	OBSERVAÇÕES																																			
T	DIA TRABALHADO PREVISTO	20																																				
F	FINAL DE SEMANA	9																																				
FR	FERIADO	2																																				
FO	FOLGA ELEITORAL / OUTRAS																																					
FE	FÉRIAS																																					
A	AFASTADO																																					
LP	LICENÇA PRÊMIO																																					
LN	LICENÇA NÃO REMUNERADA																																					
DF	DESVIO DE FUNÇÃO																																					
Nome do Responsável Técnico																																						
Assinatura e Carimbo																																						