

ANEXO III

MODELO DE ESCALA PARA SOBREAVISO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO(a que se refere o art.5º)

Unidade/Setor:.....CIHCOT.....Mês:....dezembro.....Ano:..2017.....

Nome	Cargo	SIA PE	C. H	Dias do mês																															
				01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Cíntia L. Flores	Enfermeira	1095015	12	SD SN	SF1 SF2	SF1 SF2	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN																							SD SN	SF1 SF2	SF1 SF2
Luciane Carvalho	Enfermeira		12								SFF1 SSF2	SF1 SF2	SF1 SF2	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN																		
Rosângela Machado	Enfermeira	1545532	12														SN	SF1 SF2	SF1 SF2	SN	SN	SN	SN												
Janice Cristina Soares	Fisioterapeuta		12																				SN	SF1 SF2	SF1 SF2	SN	SN	SN	SN						

Legenda:

SD - Sobreaviso dia da semana /dia - 07h às 19h
 SN - Sobreaviso dia de semana/noite - 19h às 07h
 SF1 - Sobreaviso de Fim de Semana/dia - 07h às 19h
 SF2 - Sobreaviso de Fim de Semana/noite - 19h às 07h
 SFF1 - Sobreaviso Feriado/dia - 07h às 19h
 SFF2 - Sobreaviso Feriado/noite - 19 às 07h

Luciana B. Segala
Médica
CRM: 22196

Assinatura da chefia da Unidade/setor