EBSERH

ANEXO III

MODELO DE ESCALA PARA SOBREAVISO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

(a que se refere o art.5º)

Unidade/Setor: CENTRO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA **Mês: FEVEREIRO** **Ano:2017**

Nome	CARGO	SIAPE	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
Cristian Dias Barbosa	Médico	2116270		SN	SN	SN	SF 2	SF 1																		SN	SN	SF 1 2	SF 1 2	SD SN	SF F 1			

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

Salvador A. Z. Penteado
Chefe de Divisão de Gestão de Cuidado
HUSM - EBSERH
CRPRS 03894 - SIAPE 37056

Assinatura da chefia da Unidade/setor