EBSERH

ANEXO III

MODELO DE ESCALA PARA SOBREAVISO

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

Unidade/Setor:.....CIHCOT.....Mês:.....Março.....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
Cintia L. Flores	Enfermeira	1095015	12			SD SN	SF1 SF2	SF1 SF2	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN																						
Luciane Carvalho	Enfermeira		12										SD SN	SF1 SF2	SF1 SF2	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN														
osiele Viecili	Enfermeira	2059280	12																	SD SN	SF1 SF2	SF1 SF2	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN							
Rosangela Machado	Enfermeira		12	SN	SN																						SN	SF1 SF2	SF1 SF2	SN	SN	SN	SN	
Janice Cristina Soares	Fisioterapeuta		12																														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

Assinatura da chefia da Unidade/setor