EBSERH

ANEXO III

MODELO DE ESCALA PARA SOBREAVISO

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

Unidade/Setor:.....CIHDOTT.....Mês:. abril Ano:..2019.....

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
Marina	Enfermeira		12																						SD SN	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN	SF 1 SF 2	SF 1 SF 2		
Luciane Carvalho	Enfermeira	158461 7	12								SD SN	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN	SD1 SF2	SF 1 SF 2																
Rosangela Machado	Enfermeira	158412 4	12	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN	SD SN	SF 1 SF 2	SF 1 SF 2																						SD SN	SD SN
Janice Cristina Soares	Fisioterapeuta		12															SD SN	SD SN	SD SN	SD SN	SFF 1 SFF 2	SF 1 SF 2	SF 1 SF 2									

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

Marina - 981422827

Luciane Carvalho - 991448197

Rosangela Machado – 51 997013884

Janice Soares - 999358382

Coordenadora : Dra Luciana Segala - 999777819

Dra. Luciana Borges Segala
Médica Interna

HUSM-Daiane.Cruz-HUSM-WK-464501-imp-super01