



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA
ESCALA MENSAL DE TRABALHO

NOME COMPLETO	CARGO	REGIME CONTRATO	DIAS DO MÊS																															ANO:		
			Fevereiro																															2023		
			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	MT	DN				
MARISA BORTOLIN	TE	RJU	30	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	
DEDORA PEDROLLO DE OLIVEIRA	TE	RJU	30	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	
SIRLEI BIERMADETE SAVIAN	AUX.E	RJU	30	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	M15	
INES ROYER	TE	EBSEERH	36	48	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	
TERESINHA DE FATIMA SANTOS DA SILVA	TE	EBSEERH	36	25	33	48																														
LUCIANE CRISTINA BARRIOS DOS SANTOS DRUZIAN	TE	EBSEERH	36	33	30																															
JESSICA DIELLO BERTOLO	TE	EBSEERH	36	34	51	53																														
GEORGINA DOS SANTOS FERNANDES	TE	EBSEERH	36	32	47																															
MARCIA ELISSANDRA MILANI DEVICARI	TE	RJU	30																																	
MARA SUELI FIGUEIRA	TE	RJU	30																																	
LUCIANO SILVA FONTANA	TE	RJU	40																																	
SIVOLNEI PAULO BASSEDONI FERREIRA	TE	RJU	30																																	
EDINEIA BITTENCOURT RIBEIRO	TE	EBSEERH	36	54																																
ELISANGELA DALLA PORTA	TE	EBSEERH	36	53																																
			TOTAL PROFISSIONAIS MATUTINO	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
			TOTAL DE PROFISSIONAIS VESPERTINO	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
			TOTAL DE PROFISSIONAIS NOTURNO	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	

Legenda:	LM	Férias	FE	Ponto Facultativo	PF	Manhã *	M	Diurno (8 hrs) *	MT
Licença Maternidade	LP	Feriado	FD	Abono **	AB	Tarde *	T	Dia/ noite (24 hrs) *	DN
Licença Paternidade	L	Descanso Semanal Remunerado	DSR	Compensação de Horas***	CH	Plantão Dia (12 hrs) *	D		
Licença Médica/Odontológica	LC	Recesso	RC	Ataamento**	AF	Plantão Noite (12 hrs) *	N		

Assinatura: _____
 Nome: _____
 Cargo: _____
 Data: _____
 Local: _____
 HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria