

Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Saúde Mental

Distrito Sanitário: **Sudoeste** Unidade: **CAPS BEIJA FLÔR** Mês: **Outubro** Ano: **2021**

Escala Médica				Mês de referência:																																			
Nome do Profissional	Especialidade	CRM	Vínculo	Dia/mês																																			
				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	29	30	31					
Pedro Antônio Amador Júnior	PSIQUIATRIA	8973	SMS – EFETIVO	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X
LUIS FERNANDO MONTEIRO DOS REIS	PSIQUIATRIA	26784	SMS – CRED	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X
RICARDO SOARES DE ARAÚJO	PSIQUIATRIA	17532	SMS – CRED	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X	QV	QV	QV	QV	QV	X	X

OBSERVAÇÃO:

LEGENDA	LC – Licença ou Atestado Médico	CRM- Conselho Regional de Medicina
SD- Serviço Diurno	LP- Licença Prêmio	
SN- Serviço Noturno	LM- Licença maternidade	
HM – Horizontal Matutino	CD- Complementação diurno	
HV – Horizontal Vespertino	CN- Complementação noturno	
FE – Férias	/ – 8 horas diárias	
F – Folga	CHT - Carga Horária Trabalhada	
CHM - Carga horária do mês	SHT- Saldo de horas total	
SHM- Saldo de horas no mês	SHA- Saldo de horas anteriores	