

| Distrito Sanitário: Sudoeste | | | | Unidade: Residência Terapêutica Beija-Flor I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|-----------|---------|---|----|---|---|----|---|---|----|---|----|----|----|----|----|----|----|---------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|
| Escala do Apoio Administrativo | | | | Mês de Referência: Maio / 2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Noturno - Plantão B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nome do Profissional | Matricula | Vínculo | 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 | |
| | | | | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | |
| 1 | Renê Francisca Oliveira | 582034-01 | SMS | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | |
| TOTAL DE APOIO ADMINISTRATIVO | | | | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DE ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DE AGENTE ADMINISTRATIVO | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| OBSERVAÇÃO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| /C- Cinderela | | | | SF- Sítio Funcional | | | | | | | | | | | | | | | | SHM- Saldo de horas no mês | | | | | | | | | | | | | | | |
| SD- Serviço Diurno | | | | RH - Recursos Humanos | | | | | | | | | | | | | | | | / - 8 horas diárias | | | | | | | | | | | | | | | |
| SN- Serviço Noturno | | | | FE - Férias | | | | | | | | | | | | | | | | CHT - Carga Horária Trabalhada | | | | | | | | | | | | | | | |
| HM - Horizontal Matutino | | | | F - Folga | | | | | | | | | | | | | | | | SHT- Saldo de horas total | | | | | | | | | | | | | | | |



**PREFEITURA DE GOIÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Distrito Sanitário: Sudoeste **Unidade: Residência Terapêutica Beija-Flor I**

Escala Multiprofissional **Mês de Referência: Maio / 2024**

| | | | | | | Diurno | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--------------|--------------|-----------|---------|--------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nome do Profissional | Categoria | Conselho | Matricula | Vínculo | 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 | | | | | | | |
| | | | | | | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S |
| 1 | Maria de Lourdes Barbosa Silva de Freitas | Coordenadora | Coren 231262 | 567540-01 | SMS | X | / | / | X | X | / | / | / | / | / | X | X | / | / | / | / | / | X | X | / | / | / | / | X | X | X | / | / | / | / | X | X | X | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DE PSICÓLOGOS: | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| TOTAL DE ASSISTENTES SOCIAIS: | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Observação:

| | | |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| /C- Cinderela | LC - Licença ou Atestado médico | SHM - Saldo de horas no mês |
| SD- Serviço Diurno | LP- Licença Prêmio | SHA - Saldo de horas anteriores |
| 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 | |
| /C- Cinderela | LC - Licença ou Atestado médico | SHM - Saldo de horas no mês |
| SD- Serviço Diurno | LP- Licença Prêmio | SHA - Saldo de horas anteriores |
| 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 | |

PREFEITURA DE GOIÂNIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DIRETORIA DE ATENÇÃO À SAÚDE GERÊNCIA DE URGÊNCIAS

| Distrito Sanitário: Sudoeste | | | | | | Unidade: Residência Terapêutica Beija-Flor I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------------|-----------|---------|------------|---------|--|---|----|----|---|----|---|---|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|---|---|---|---|
| Escala de Enfermagem | | | | | | Mês de Referência: Maio / 2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Noturno - Plantão B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nome do Profissional | Categoria | COREN | Matricula | Vínculo | SF | 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 | | | | | | |
| | | | | | | | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q |
| 1 | Dayane dos Santos Nunes | Aux. Enf. | 1343688 | 1441912100 | CREDEN. | | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | | | |
| 2 | Jakeline Alves Silva | Aux. Enf. | 907897 | 1172298 | SMS | | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | | | |
| TOTAL DE ENFERMEIROS: | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| TOTAL DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Distrito Sanitário: Sudoeste | | | | | | Unidade: Residência Terapêutica Beija-Flor I | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escala de Enfermagem | | | | | | Mês de Referência: Maio / 2024 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | Noturno - Plantão C | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nome do Profissional | Categoria | COREN | Matricula | Vínculo | SF | 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 | | | | | | |
| | | | | | | | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q | S | S | D | S | T | Q | Q |
| 1 | Amanda de Castro Perdigão | Aux. Enf. | 909733 | 2581414251 | SMS | | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | | | | | |
| 2 | Sirlene de Fátima | TE | 53999 | 182800-01 | SMS | | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | | | | | |
| 3 | Elza Ferreira Damacena | Aux. Enf. | 237360 | 477338-01 | SMS | | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | SN | X | X | | | | | |
| TOTAL DE ENFERMEIROS: | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: | | | | | | | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| OBSERVAÇÃO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| /C - Cinderela | | | | | | LC – Licença ou Atestado Médico | | | | | | SVE - Sala Vermelha | | | | | | TE - Técnico de enfermagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SD - Serviço Diurno | | | | | | LP- Licença Prêmio | | | | | | CR – Classificação de Risco | | | | | | COREN - Conselho Regional de Enfermagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SN - Serviço Noturno | | | | | | LM - Licença maternidade | | | | | | SU/EC - Sutura e eletrocardiograma | | | | | | AE - Auxiliar de Enfermagem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HM – Horizontal Matutino | | | | | | CD - Complementação diurno | | | | | | CME - Central de Material e Esterilização | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HV – Horizontal Vespertino | | | | | | CN - Complementação noturno | | | | | | INJ – Injetáveis | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FE – Férias | | | | | | /- 8 horas diárias | | | | | | OBS - Sala de Observação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F – Folga | | | | | | CHT - Carga Horária Trabalhada | | | | | | SREI - Sala de reidratação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHM - Carga horária do mês | | | | | | SHT- Saldo de horas total | | | | | | SF – Sítio Funcional | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SHM - Saldo de horas no mês | | | | | | SHA - Saldo de horas anteriores | | | | | | ENF - Enfermeiro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |