PREFEITURA DE GOIÂNIA

PREFEITURA DE GOIÂNIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Distrito Sanitário: SUL | **Unidade:CAPS VIDA**

Escala da Farmácia | **Mês de Referência: NOVEMBRO//2024**

Diurno

	Nome do Profissional	Categoria	Conselho	Matricula	Vínculo	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
						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
1	Cleide Vencio Teles	Coordenadora		242594	SMS	X	X	/	/	/	/	/	X	X	/	/	/	/	FR	X	X	/	/	FR	/	/	X	X	/	/	/	/	/	X
1	Márcia Ferreira Matos	Auxiliar de Farmácia		977942-01	SMS	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	FR	X	X	HM	HM	FR	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X
2	Marisa Gonçalves Aguiar	Farmacêutico	1995	440310-01	SMS	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	FR	X	X	HM	HM	FR	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X
3	Olívia Candida Pequeno	Farmacêutico	2353	563382-01	SMS	X	X	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV	HV	HV	FR	X	X	HV	HV	FR	HV	HV	X	X	HV	HV	HV	HV	HV	X
TOTAL DE FARMACÊUTICOS:						X	X	2	2	2	2	2	X	X	2	2	2	2	FR	X	X	2	2	FR	2	2	X	X	2	2	2	2	2	X
TOTAL DE AUXILIARES DE FARMÁCIA:						X	X	1	1	1	1	1	X	X	1	1	1	1	FR	X	X	1	1	FR	1	1	X	X	1	1	1	1	1	X

Noturno

TOTAL DE FARMACÊUTICOS:						X	X	2	2	2	2	2	X	X	2	2	2	2	FR	X	X	X	2	FR	2	2	X	X	2	2	2	2	2	X
TOTAL DE AUXILIARES DE FARMÁCIA:						X	X	1	1	1	1	1	X	X	1	1	1	1	FR	X	X	X	1	FR	1	1	X	X	1	1	1	1	1	X

OBSERVAÇÃO:

/C- Cinderela	**LC – Licença ou Atestadomédico**	**SF- Sítio Funcional**
SD- Serviço Diurno	**LP- Licença Prêmio**	**CRBM- Conselho Regional de Biomedicina**
SN- Serviço Noturno	**LM - Licença maternidade**	**CRF - Conselho Regional de Farmácia**
HM – Horizontal Matutino	**CD- Complementação diurno**	**DZ - Jornada de 10 horas.**
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**	