PREFEITURA DE GOIÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Escala do Apoio Administrativo | **Mês de Referência: Novembro / 2024**

Diurno - Horizontal

	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
				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
1	Euza José da Silva	1086294-01	SMS	X	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	X	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X

Diurno - Plantão A

	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
				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
1	Maria de Fátima Vieira Castro	679216-01	SMS	SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD		
TOTAL DE APOIO ADMINISTRATIVO				1	0	0	2	1	1	2	1	0	1	1	1	2	1	0	1	0	1	2	1	1	2	0	0	2	1	1	2	1	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
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

Diurno - 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
				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
1	Edilamar de Sousa Mendes	605085-05	SMS	SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD		
TOTAL DE APOIO ADMINISTRATIVO				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
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
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

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

Escala do Apoio Administrativo | **Mês de Referência: Novembro / 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
				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
1	Renê Francisca Oliveira	582034-01	SMS			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN
TOTAL DE APOIO ADMINISTRATIVO				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
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
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

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

PREFEITURA DE GOIÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Escala Multiprofissional | **Mês de Referência: Novembro / 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
						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
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
2																																			
3																																			
4																																			
5																																			
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
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

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

PREFEITURA DE GOIÂNIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

Escala de Enfermagem | **Mês de Referência: Novembro / 2024**

Diurno - Plantão A

	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
							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
1	Elizandra Lima Souza Morais	TE	1170343	776.386.97391	SMS			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD	
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
TOTAL DE TÉCNICOS DE ENFEMAGEM:							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

Diurno - 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
							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
1	Erriete Gonçalves Teixeira	TE	400086	1183161174	CREDEN.		SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD		
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
TOTAL DE TÉCNICOS DE ENFEMAGEM:							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

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

Escala de Enfermagem | **Mês de Referência: Novembro / 2024**

Diurno - 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
							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
1	Nayhandra Silva Souza	Aux. Enf.	1753305	4061555189	SMS			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD	
2	Tháis Rodrigues de Oliveira	TE	1673950	70548367159	CREDEN.			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD	
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
TOTAL DE TÉCNICOS DE ENFEMAGEM:							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

Noturno - Plantão A

	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
							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
1	Valéria Fernandes Vilela	Aux. Enf.	407554	458392	SMS				SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN	
2	Eva Fabiana Carvalho dos San	TE		1371711	CREDEN.				SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN	
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
TOTAL DE TÉCNICOS DE ENFEMAGEM:							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

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

Escala de Enfermagem | **Mês de Referência: Novembro / 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
							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
1	Jakeline Alves Silva	Aux. Enf.	907897	1172298	SMS		SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD		
2	Odicilia Lima de Carvalho	TE		968242	SMS		SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD			SD		
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
TOTAL DE TÉCNICOS DE ENFEMAGEM:							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

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

Escala de Enfermagem | **Mês de Referência: Novembro / 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
							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
1	Amanda de Castro Perdigão	Aux. Enf.	909733	2581414251	SMS			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN			SN	
2	Sirlene de Fátima	TE	53999	182800-01	SMS		LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC	LC
3	Elza Ferreira Damacena	Aux. Enf.	237360	477338-01	SMS		FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE
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
TOTAL DE TÉCNICOS DE ENFEMAGEM:							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**	**SVE - Sala Vermelha**	**TE - Técnico de enfemragem**
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**	