



PREFEITURA
DE GOIÂNIA

S

Distrito Sanitário: Campinas – Centro

Unidade: Gerarte 1

Escala do Apoio Administrativo

MÊS/ANO DE REFERÊNCIA: SETEMBRO DE 2025.

Diurno - Horizontal

	Nome do Profissional	Matrícula	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	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
1	Halina Ferreira Fernandes	970395-01	SMS	LM	LM	LM	LM	LM	LM	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP
2	Isaurina Honorato da Cruz Pires	680605-01	SMS	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP	LP
3	Izaura Pereira Rezende	908673-01	SMS	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV
4	Maria Bernadette Monteiro Mendonça Castro	713600-01	SMS	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE	FE
5	Sílvia Neves da Silva Duncan	614980-01	SMS	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM	HM	HM	HM	X	X	HM	HM
6	Teresinha Aparecida de Souza	911305-01	SMS	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV	HV	HV	HV	X	X	HV	HV
TOTAL DE APOIO ADMINISTRATIVO				3	3	3	3	3	X	X	3	3	3	3	3	X	X	3	3	3	3	3	X	X	3	3	3	3	3	X	X	3	3
TOTAL DE ASSISTENTE ADMINISTRATIVO				1	1	1	1	1	X	X	1	1	1	1	1	X	X	1	1	1	1	1	X	X	0	0	0	0	0	0	X	0	0
TOTAL DE AGENTE ADMINISTRATIVO				0	0	0	0	0	X	X	0	0	0	0	0	X	X	0	0	0	0	0	X	X	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Observação:

/C – Cinderela	LC – Licença ou Atestado Médico	SHM – Saldo de horas no mês
----------------	---------------------------------	-----------------------------