

Table with columns: COLABORADOR, ESPECIALIDADE/CARGO, VINCULO, CONSELHO DE CLASSE, REGISTRO DE QUALIFICACAO DE ESPECIALIDADE, HORARIO, UNIDADE FUNCIONAL, CARGA HORARIA MENSAL, and 30 columns for monthly attendance (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). Includes sections for ENFERMAGEM, MULTIPROFISSIONAL, RADIOLOGIA, and FARMACIA.

CÓDIGO: 483cb67f-5d70-4ebe-a966-94c76fb8ca27

| | | | CLASSE | | | | MENSAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|--------------|-------------------|---------------|----------------|--------|--------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | | 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 | | |
| LUCAS BARCELOS LIMA LEITE | MÉDICO RT DA IMAGEM | TERCEIRIZADO | CRM - 19123 | RQE Nº: 14642 | 08:00 ÀS 17:00 | IMAGEM | 36H | FO | FO | MT | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO | FO |
| ANDREIA FERREIRA RODRIGUES BATISTA | RECEPCIONISTA | TERCEIRIZADA | NA | NA | 07:00 ÀS 13:00 | IMAGEM | 150H | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
| IVONETE FERREIRA REZENDE | TÉCNICA DE ENFERMAGEM | TERCEIRIZADA | COREN - 1.033.194 | NA | 07:00 ÀS 13:00 | IMAGEM | 150H | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT | MT |
| SINARA DIAS ROSA | TÉCNICA DE ENFERMAGEM | TERCEIRIZADA | COREN - 1.012.902 | NA | 13:00 ÀS 19:00 | IMAGEM | 150H | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | |
| THAYS CHRISTINA PEIXOTO DA SILVA | RECEPCIONISTA | TERCEIRIZADA | NA | NA | 13:00 ÀS 19:00 | IMAGEM | 150H | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | T | |

LEGENDAS:

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--|---|--------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---------------------|----------------|---------------------------|------------|--------------------------|--------------|------------|-----------------------|
| VS - Vacilo médica | AMB - Ambulatório Médico | DPC - DESOCUPAÇÃO FUNCIONAL CELETISTAS (aplicável em médicos e técnicos) | DPE - DESOCUPAÇÃO FUNCIONAL ESTATUTÁRIOS (devido ao decreto 973/2020) | CONSELHO DE CLASSE: NA NÃO SE APLICA | D - DIURNO (12h) | N - NOTURNO (12h) | T-TARDE (6h) | *- CHEFE DE PLANTÃO | M - MANHÃ (6h) | MT - MANHÃ E TARDE (6H00) | F - FÉRIAS | LM - LICENÇA MATERNIDADE | FE - FERIADO | FO - FOLGA | AI - AFASTAMENTO INSS |
|--------------------|--------------------------|--|---|--------------------------------------|------------------|-------------------|--------------|---------------------|----------------|---------------------------|------------|--------------------------|--------------|------------|-----------------------|

FERIADOS:

RESPONSÁVEL PELA ESCALA (assinatura e carimbo):

| | | | | |
|----------------------|--------------------------------|--------------------|-----------------|--------------------------------------|
| Armazenamento | Procedimento/Acesso | Recuperação | Retenção | Disponibilidade dos registros |
| Sector do SERVIH | País / Colaboradores do SERVIH | Por data | 5 anos | Deletar |

Protocolo de Assinaturas

Documento

Nome do Envelope: ESCALA ASSISTENCIAL - ABRIL 2024

Autor: Gabriele silva de Oliveira - dp@plcslmb.org.br

Status: Concluído

Hash: 483cb67f-5d70-4ebe-a966-94c76fb8ca27

Hash ByCript: \$2y\$10\$dP17niCjSA/Xsmbfi9IEI.4xbi04Sq28UZOm4Vx9Ir9jGxsbFL086

Assinaturas

Nome: Vitor Soares de Paulo **CPF/CNPJ:** Não Informado **Cargo:** Diretor(a) Tecnico

E-mail: diretoria.medica@plcslmb.org.br - **Data Assinatura:** 28/03/2024 16:00:21

Tipo de Autenticação: Utilizando login e senha, pessoal e intransferível

Status da Assinatura: ASSINADO

Token de Assinatura: \$2y\$10\$teEkgODgxGda/csbHF.D2OTD/9YeruEySrdzStbH3jUSYGxwfvY5G

Autenticidade

Para verificar a autenticidade do documento, escaneie o QR Code ou acesse o link abaixo:

https://funev.sysepa.com.br/epa/electronic_signatures.php?page=verify-document&token=483cb67f-5d70-4ebe-a966-94c76fb8ca27

Código ByCript: 483cb67f-5d70-4ebe-a966-94c76fb8ca27

