



CONTROLE DE PRODUTIVIDADE

NOME COMPLETO E LEGÍVEL		MATRÍCULA	
Atividade	Tel.Celular	Tel.Resid.	
Mês de Referência	Cliente		
Ano 20 _____	Paciente	Adulto Pediatria	Nome do Paciente

DIA	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	HORÁRIO DOS PROCEDIMENTOS
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		

TOTAL PROCEDIMENTOS		Assinatura do associado →
---------------------	--	---------------------------

**A
T
E
N
Ç
Ã
O**

1) O não preenchimento dos campos, **DIARIAMENTE**, de forma correta e legível, implicará o não apontamento do dia referido. Qualquer dúvida, entre em contato com seu Gestor. (Tel.: 11-..... - -@coopersam.com.br)

2) Este formulário **NÃO PODERÁ** conter rasuras. Deverá ser enviado para a Coopersam **IMEDIATAMENTE** após o fechamento do período de apuração das horas e evitar atrasos nos processos internos para pagamentos.

3) Quando enviar este documento, **CONFIRME** seu recebimento, pelo fone : (11) 3170-0160 / Fax : (11) 3170-0165 ou pelo e-mail : planilha@coopersam.com.br