



COOPERSAM
Cooperativa

CONTROLE DE PRODUTIVIDADE



ABRINQ

NOME COMPLETO E LEGÍVEL				MATRÍCULA	
Atividade		Total Horas		Telefones	
Mês de Referência		Cliente			
Ano	20__	Paciente	Adulto Pediatria	Nome do Paciente	

DIA	ENTRADA	SAÍDA	ENTRADA	SAÍDA	TOTAL DE HORAS	OBSERVAÇÃO
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 de Horas / Mês		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 - -)

2) Este formulário **NÃO PODERÁ** conter rasuras e 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) 3141-1614 ou pelo e-mail : planilha@coopersam.com.br