



## 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 →
---------------------	---------------------------

<b>A T E N Ç Ã O</b>	1) O não preenchimento dos campos, <b>DIARIAMENTE</b> , 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 <b>NÃO PODERÁ</b> conter rasuras e deverá ser enviado para a Coopersam <b>IMEDIATAMENTE</b> após o fechamento do período de apuração das horas e evitar atrasos nos processos internos para pagamentos.
	3) Quando enviar este documento, <b>CONFIRME</b> seu recebimento, pelo fone : (11) 3170-0160 / Fax : (11) 3141-1614 ou pelo e-mail : <b>planilha@coopersam.com.br</b>