



**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, <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 - ..... - ..... )
	2) Este formulário <b>NÃO PODERÁ</b> conter rasuras. 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 : <a href="mailto:planilha@coopersam.com.br">planilha@coopersam.com.br</a>