



COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE

Saúde com Segurança

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR**      **PERÍODO: 26/02/2026 A 25/03/2026**

NOME DO PACIENTE: Ana Flavia Duarte

DIAGNÓSTICO: Difícil cognitivo, HAS, DM, obesidade, artrose

Município da residência do paciente:  Fortaleza      ( ) Outro

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)       Internação domiciliar

DIA/MÊS	HORA INÍCIO	DIURNA FINAL	HORA INÍCIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL	RESPONSÁVEL
26/	:	:	:	:				
27/	:	:	:	:				
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
19/	:	:	:	:				
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/	:	:	:	:				
23/	:	:	19:00	07:00	869.587	5511	Maui Evelyn de S. Bastos	Maui
24/	07:00	19:00	:	:	869.587	5511	Maui Evelyn de S. Bastos	Maui
25/	:	:	:	:				

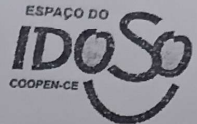
**OBS:**

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
- É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
- OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.







COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE *Saúde com Segurança*

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

CONTRATO: UNIMED LAR

PERÍODO: 26/ 2 / 2026 A 25/ 3 / 2026

NOME DO PACIENTE: Francisco Pereira da Silva

DIAGNÓSTICO: Alzheimer

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento:  Procedimento (antibioticoterapia) ( ) Internação domiciliar

DIA/ MÊS	HORA INICIO	DIURNA FINAL	HORA INICIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
26/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
27/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
28/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
29/	:	:	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
30/	:	:	:	:		8729		
31/	:	:	:	:		8729		
01/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
02/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
03/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
04/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
05/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
06/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
07/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
08/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
09/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
10/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
11/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
12/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
13/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
14/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
15/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
16/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
17/3	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
18/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
19/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
20/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
21/3	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
22/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
23/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
24/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>
25/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Julene Gomes da Silva	<input checked="" type="checkbox"/>

OBS:

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
- É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
- OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;

**SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.**

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR**

ANO: 26

NOME DO PACIENTE: Franciôgo Veiros da Silve

DIAGNÓSTICO: Parinson / Alzheimer

Município da residência do paciente: ( ) Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

↪ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
	INICIO	FINAL	INICIO	FINAL			
26/___	:	:	:	:			
27/ <u>02</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
28/___	:	:	:	:			
29/___	:	:	:	:			
30/___	:	:	:	:			
31/___	:	:	:	:			
01/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Franciôgo Veiros da Silve
02/___	:	:	:	:			
03/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
04/___	:	:	:	:			
05/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
06/___	:	:	:	:			
07/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
08/___	:	:	:	:			
09/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
10/___	:	:	:	:			
11/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Franciôgo Veiros da Silve
12/___	:	:	:	:			
13/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
14/___	:	:	:	:			
15/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
16/___	:	:	:	:			
17/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
18/___	:	:	:	:			
19/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
20/___	:	:	:	:			
21/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
22/___	:	:	:	:			
23/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	
24/___	:	:	:	:			
25/ <u>03</u>	:	:	19:00	07:00	833975	8575	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**
- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.**

COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN/CE

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR**

ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Geraldo Eduardo Pinheiro

DIAGNÓSTICO: AVC

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)

Internação domiciliar

☞ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA	MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRICULA COREN	MATRICULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
		INICIO	FINAL	INICIO	FINAL			
26								
27	02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
28								
29								
30								
31								
01	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02								
03	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
04								
05	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
06								
07	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
08								
09	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
10								
11	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
12								
13	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
14								
15	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
16								
17	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
18								
19	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
20								
21	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
22								
23	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
24								
25	03	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: [Assinatura]



COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE

Saúde com Segurança

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR

ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Genivaldo Eduardo Pinheiro

DIAGNÓSTICO: AVE

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

→ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04) 26/02/este - 25.03.26

DIA/MÊS	HORA DIURNA INÍCIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INÍCIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL
26/ 2	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
27/	:	:	:	:	:	:	
28/ 2	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
29/	:	:	:	:	:	:	
30/	:	:	:	:	:	:	
31/	:	:	:	:	:	:	
01/	:	:	:	:	:	:	
02/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
03/	:	:	:	:	:	:	
04/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
05/	:	:	:	:	:	:	
06/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
07/	:	:	:	:	:	:	
08/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
09/	:	:	:	:	:	:	
10/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
11/	:	:	:	:	:	:	
12/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
13/	:	:	:	:	:	:	
14/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
15/	:	:	:	:	:	:	
16/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
17/	:	:	:	:	:	:	
18/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
19/	:	:	:	:	:	:	
20/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
21/	:	:	:	:	:	:	
22/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
23/	:	:	:	:	:	:	
24/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375100	5109	Luiz Roberto de Souza
25/	:	:	:	:	:	:	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

João

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.



COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE *Saúde com Segurança*

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR** **PERÍODO: 26/02/2025 A 25/03/2025**

NOME DO PACIENTE: Jose Mauricio

DIAGNÓSTICO: ALZHEIMER

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

DIA/ MÊS	HORA INICIO	DIURNA FINAL	HORA INICIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL	RESPONSÁVEL
26/	:	:	:	:				
27/	:	:	:	:				
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	-	-	19:00	07:00	769-537	5541	Maria Gelma de S. Bastos - Fatima.	
19/	:	:	:	:				
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/	:	:	:	:				
23/	:	:	:	:				
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

**OBS:**

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
- É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
- OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.



COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE

Saúde com Segurança

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**CONTRATO: UNIMED LAR**

**ANO: 2026**

NOME DO PACIENTE: Júlia Maria Silva Freitas

DIAGNÓSTICO: AME

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

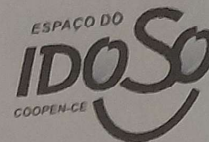
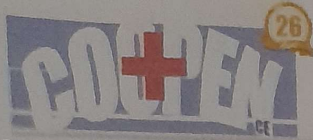
➔ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL
	INÍCIO	FINAL	INÍCIO	FINAL			
26/___	:	:	:	:			
27/___	:	:	:	:			
28/___	:	:	:	:			
29/___	:	:	:	:			
30/___	:	:	:	:			
31/___	:	:	:	:			
01/___	-:-	-:-	-:-	-:-			
02/___	:	:	-:-	-:-			
03/03	-:-	-:-	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
04/___	:	:	:	:			
05/03	-:-	-:-	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
06/___	-:-	-:-	-:-	-:-	-	-	
07/03	-:-	-:-	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
08/___	-:-	-:-	-:-	-:-	-	-	
09/03	-:-	-:-	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
10/___	:	:	-:-	-:-	-	-	
11/03	:	:	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
12/___	:	:	-:-	:	-	-	
13/03	:	-:-	19:00	7:00	727379	8248	Neire Lopes
14/___	-:-	-:-	-:-	-:-	-	-	
15/___	-:-	-:-	-:-	-:-	-	-	
16/___	:	:	-:-	-:-	-	-	
17/03	:	:	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
18/___	:	:	:	:			
19/03	:	:	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
20/___	:	:	:	:			
21/03	:	:	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
22/___	:	:	:	:			
23/03	:	:	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes
24/___	:	:	:	:			
25/03	:	:	19:00	07:00	727379	8248	Neire Lopes

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Josilma Silva

- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**
- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.**





COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE

Saúde com Segurança

# CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR

ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Dourada Amélia Sousa Rego

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

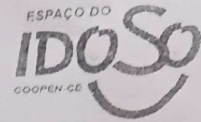
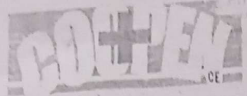
Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

↪ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
	INICIO	FINAL	INICIO	FINAL			
26/	:	:	:	:			
27/	:	:	:	:			
28/	:	:	:	:			
29/	:	:	:	:			
30/	:	:	:	:			
31/	:	:	:	:			
01/	:	:	:	:			
02/	:	:	:	:			
03/	:	:	:	:			
04/	:	:	:	:			
05/	:	:	:	:			
06/	:	:	:	:			
07/	:	:	:	:			
08/	:	:	:	:			
09/	:	:	:	:			
10/	:	:	:	:			
11/	:	:	:	:			
12/	:	:	:	:			
13/	:	:	:	:			
14/	:	:	:	:			
15/	:	:	:	:			
16/	:	:	:	:			
17/	:	:	:	:			
18/	:	:	:	:			
19/	03/26	07:00	19:00	19:00	07:00	647468 5779	Ana Patrícia Braga Soares
20/							
21/	03/26	07:00	19:00	19:00	07:00	647468 5779	Ana Patrícia Braga Soares
22/							
23/	03/26	07:00	19:00	19:00	07:00	647468 5779	Ana Patrícia Braga Soares
24/							
25/	03/26	07:00	19:00	19:00	07:00	647468 5779	Ana Patrícia Braga Soares

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Lucas Souza

- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**
- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.



Saúde com Segurança

COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE

### CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM CONTRATO: UNIMED LAR

PERÍODO: 26/02/26 A 25/03/2026

NOME DO PACIENTE: Marco Fabio Mota Soares

DIAGNÓSTICO: Esclerose múltipla

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

DIA/MÊS	HORA INÍCIO	DIURNA FINAL	HORA INÍCIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL	RESPONSÁVEL
26/	:	:	:	:				
27/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
02/	:	:	:	:				
03/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
04/	:	:	:	:				
05/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
06/	:	:	:	:				
07/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
08/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
09/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
10/	:	:	:	:				
11/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
12/	:	:	:	:				
13/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
14/	:	:	:	:				
15/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
16/	:	:	:	:				
17/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
18/	:	:	:	:				
19/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
20/	:	:	:	:				
21/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
22/	:	:	:	:				
23/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA
24/	:	:	:	:				
25/03	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Franciele Barbosa	ANA

OBS: 15 PLANTÕES MT

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.**



Saúde com Segurança

ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE

# CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

ANO: 2026

CONTRATO: **UNIMED LAR**

NOME DO PACIENTE: maria elvira meira do Amaral  
DIAGNÓSTICO: atrofia muscular espinhal (tipo 1)

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_  
Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibióticoterapia)  Internação domiciliar

← (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL
26/	:	:	:	:	:	:	
27/ <u>02</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
28/	:	:	:	:	:	:	
29/	:	:	:	:	:	:	
30/	:	:	:	:	:	:	
31/	:	:	:	:	:	:	
01/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
02/	:	:	:	:	:	:	
03/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
04/	:	:	:	:	:	:	
05/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
06/	:	:	:	:	:	:	
07/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
08/	:	:	:	:	:	:	
09/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
10/	:	:	:	:	:	:	
11/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
12/	:	:	:	:	:	:	
13/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
14/	:	:	:	:	:	:	
15/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
16/	:	:	:	:	:	:	
17/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
18/	:	:	:	:	:	:	
19/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
20/	:	:	:	:	:	:	
21/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
22/	:	:	:	:	:	:	
23/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>
24/	:	:	:	:	:	:	
25/ <u>03</u>	-	-	<u>19:00</u>	<u>07:00</u>	<u>827626</u>	<u>8509</u>	<u>Rdº Antônia da Silva SA</u>

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: [Assinatura]

ASSINATURA PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

- 1. O CONTROLE DE ATENDIMENTO DEVE SER PREENCHIDO EM TODAS AS PLANTAS.
- 2. O CONTROLE DE ATENDIMENTO DEVE SER PREENCHIDO EM TODAS AS PLANTAS.
- 3. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO.
- 4. O CONTROLE DE ATENDIMENTO DEVE SER PREENCHIDO ATÉ O DIA 15 DE CADA MÊS.
- 5. O CONTROLE DE ATENDIMENTO DEVE SER PREENCHIDO PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTO FUTURO.

COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE  
 END: RUA JOSÉ DE ALMEIDA, 117 - CEP: 60415-040 - BAIRRO DE FÁTIMA - FORTALEZA - CEARÁ  
 FONE: (85) 3251-2100 - Fone: (85) 3251-2129 - E-mail: atendimento@coopen-ce.com.br - Site: www.coopem-ce.com.br

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**CONTRATO: UNIMED LAR**

**ANO: 2020**

NOME DO PACIENTE: Maria do Carmo Severo

DIAGNÓSTICO: Cuidados paliativos CIA -

Município da residência do paciente: (  ) Fortaleza ( ) Outro

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (  ) Internação domiciliar

☞ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL
	INICIO	FINAL	INICIO	FINAL			
26/___	:	:	:	:			
27/___	:	:	:	:			
28/___	:	:	:	:			
29/___	:	:	:	:			
30/___	:	:	:	:			
31/___	:	:	:	:			
01/___	:	:	:	:			
02/___	:	:	:	:			
03/___	:	:	:	:			
04/___	:	:	:	:			
05/___	:	:	:	:			
06/___	:	:	:	:			
07/___	:	:	:	:			
08/___	:	:	:	:			
09/___	:	:	:	:			
10/ <u>13</u>	:	:	<u>19:00</u>	<u>7:00</u>	<u>316314</u>	<u>3243</u>	<u>Maria Lícia Albano Dantas</u>
11/___	:	:	:	:			
12/___	:	:	:	:			
13/___	:	:	:	:			
14/___	:	:	:	:			
15/___	:	:	:	:			
16/___	:	:	:	:			
17/___	:	:	:	:			
18/___	:	:	:	:			
19/___	:	:	:	:			
20/___	:	:	:	:			
21/___	:	:	:	:			
22/___	:	:	:	:			
23/___	:	:	:	:			
24/___	:	:	:	:			
25/___	:	:	:	:			

*(Handwritten signature)*  
 Maria Lícia A. Dantas  
 COREN-CE 316314-TE  
 CPF 154.957.803-20  
316314  
COOPEN

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: (Handwritten signature)

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
- É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
- OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;

SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR** PERÍODO: 26/02/26 A 26/03/26.

NOME DO PACIENTE: M<sup>a</sup> Felisma Barros Carvalho.

DIAGNÓSTICO: AVC.

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

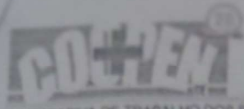
Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

DIA/ MÊS	HORA INICIO	DIURNA FINAL	HORA INICIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
26/	:	:	:	:				
27/	:	:	:	:				
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/03	-	-	19:00	07:00	762163	8279	M <sup>a</sup> Luísa da S. Macedo	Luísa
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
19/	:	:	:	:				
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/	:	:	:	:				
23/03	-	-	19:00	07:00	762163	8279	M <sup>a</sup> Luísa da S. Macedo	Luísa
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

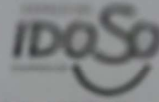
**M<sup>a</sup> Luísa da Silva Macedo**  
**COREN-CE 762.163-15**

**OBS:**

- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**
- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.**



COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE



Saúde com Segurança

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR**

ANO: 03/2006

NOME DO PACIENTE: Maria Telanda Nagalhães da Costa Ribeiro

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_  
 Município da residência do paciente: (  ) Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (  ) Internação domiciliar

(Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL
	INÍCIO	FINAL	INÍCIO	FINAL			
26/02	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
27/	:	:	:	:	:	:	
28/02	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
29/	:	:	:	:	:	:	
30/	:	:	:	:	:	:	
31/	:	:	:	:	:	:	
01/	:	:	:	:	:	:	
02/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
03/03	09:30	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
04/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
05/	:	:	:	:	:	:	
06/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
07/	:	:	:	:	:	:	
08/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
09/	:	:	:	:	:	:	
10/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
11/	:	:	:	:	:	:	
12/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
13/	:	:	:	:	:	:	
14/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
15/	:	:	:	:	:	:	
16/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	
17/	:	:	:	:	:	:	
18/03	:	:	:	:	662127	7348	
19/	:	:	:	:	:	:	
20/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
21/	:	:	:	:	:	:	
22/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
23/	:	:	:	:	:	:	
24/03	07:00	19:00	:	:	662127	7348	Ana Cristina M. Lomeia
25/	:	:	:	:	:	:	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
- É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
- OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;

SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

**CONTRATO: UNIMED LAR**

**ANO: 2026**

NOME DO PACIENTE: Mathews Saldomha Alves Batista

DIAGNÓSTICO: paralisia cerebral

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

↪ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
	INICIO	FINAL	INICIO	FINAL			
26/	:	:	:	:			
27/	:	:	:	:			
28/	:	:	:	:			
29/	:	:	:	:			
30/	:	:	:	:			
31/	:	:	:	:			
01/	:	:	:	:			
02/	:	:	:	:			
03/	:	:	:	:			
04/	:	:	:	:			
05/	:	:	:	:			
06/	:	:	:	:			
07/	:	:	:	:			
08/	:	:	:	:			
09/	:	:	:	:			
10/	:	:	:	:			
11/	:	:	:	:			
12/	:	:	:	:			
13/	:	:	:	:			
14/	:	:	:	:			
15/	:	:	:	:			
16/	:	:	:	:			
17/ 03	07:00	19:00	-	-	762163	8279	M <sup>re</sup> Luísa da S. Macedo.
18/	:	:	:	:			
19/	:	:	:	:			
20/	:	:	:	:			
21/	:	:	:	:			
22/	:	:	:	:			
23/	:	:	:	:			
24/	:	:	:	:			
25/	:	:	:	:			

*M<sup>re</sup> Luísa da Silva Macedo  
COREN-CE 762.163-7E*

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: *[Signature]*

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
- É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
- OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;

**SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.**

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR**

PERÍODO: 26/02/26 A 25/03/26

NOME DO PACIENTE: Nicole Otton Amy Brasil

DIAGNÓSTICO: Encefalopatia

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

DIA/MÊS	HORA INÍCIO	DIURNA FINAL	HORA INÍCIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL	RESPONSÁVEL
26/2	:	:	:	:				
27/	:	:	:	:				
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
19/	:	:	:	:				
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/03	:	:	19:00	07:00	661898	8246	maria Rodrigues Pereira	Fabiana
23/	:	:	:	:				
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

**OBS:**

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.**

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR**

ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Rumiro Lopes Filho

DIAGNÓSTICO: ELA

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

☞ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL
	INÍCIO	FINAL	INÍCIO	FINAL			
26/___	:	:	:	:			
27/___	:	:	:	:			
28/___	:	:	:	:			
29/___	:	:	:	:			
30/___	:	:	:	:			
31/___	:	:	:	:			
01/___	:	:	:	:			
02/___	:	:	:	:			
03/___	:	:	:	:			
04/___	:	:	:	:			
05/___	:	:	:	:			
06/___	:	:	:	:			
07/___	:	:	:	:			
08/___	:	:	:	:			
09/___	:	:	:	:			
10/___	:	:	:	:			
11/___	:	:	:	:			
12/___	:	:	19:00	07:00	980789	9010	Maurenir Augusto da Silva
13/___	:	:	:	:			
14/___	:	:	19:00	07:00	980789	9010	Maurenir Augusto da Silva
15/___	:	:	:	:			
16/___	:	:	:	:			
17/___	:	:	:	:			
18/___	:	:	:	:			
19/___	:	:	:	:			
20/___	:	:	:	:			
21/___	:	:	:	:			
22/___	:	:	:	:			
23/___	:	:	:	:			
24/___	:	:	:	:			
25/___	:	:	:	:			

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: \_\_\_\_\_

- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**
- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.





COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE *Saúde com Segurança*

### CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR

ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Rui Olsen Oliveira

DIAGNÓSTICO: Dorakson

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro \_\_\_\_\_

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

➔ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
	INICIO	FINAL	INICIO	FINAL			
26/ <u>02</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
27/ _____	:	:	19:00	07:00			* Gabriel Angelo Costa Galdino
28/ <u>02</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
29/ _____	:	:	:	:			
30/ _____	:	:	:	:			
31/ _____	:	:	:	:			
01/ _____	:	:	:	:			
02/ _____	:	:	:	:			
03/ _____	:	:	:	:			
04/ _____	:	:	:	:			
05/ _____	:	:	:	:			
06/ _____	:	:	:	:			
07/ _____	:	:	:	:			
08/ _____	:	:	:	:			
09/ <u>03</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
10/ _____	:	:	:	:			
11/ _____	:	:	:	:			
12/ _____	:	:	:	:			
13/ <u>03</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
14/ <u>03</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
15/ <u>03</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
16/ _____	:	:	:	:			
17/ _____	:	:	:	:			
18/ _____	:	:	:	:			
19/ <u>03</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
20/ _____	:	:	:	:			
21/ <u>03</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
22/ _____	:	:	:	:			
23/ <u>03</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino
24/ _____	:	:	:	:			
25/ <u>03</u>	07:00	19:00	:	:			* Gabriel Angelo Costa Galdino

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: \_\_\_\_\_

- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**
- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**

CONTRATO: **UNIMED LAR**

ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Silvia Talita da Silva


DIAGNÓSTICO: P.C

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

↻ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL
	INÍCIO	FINAL	INÍCIO	FINAL			
26/02	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
27/02	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
28/02	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
29/02	:	:	:	:	:	:	
30/02	:	:	:	:	:	:	
31/02	:	:	:	:	:	:	
01/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
02/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
03/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
04/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
05/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
06/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
07/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
08/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
09/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
10/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
11/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
12/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
13/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
14/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
15/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
16/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
17/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
18/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
19/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
20/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
21/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
22/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
23/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
24/03	:	:	19:00	07:00	001544389	12817	Carissa Venera de Souza
25/03	07:00	19:00	:	:	001544389	12817	Carissa Venera de Souza

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: 

**INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATORIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
- É OBRIGATORIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
- OBS: O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS.

SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.



COOPERATIVA DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO CEARÁ E DAS DEMAIS ÁREAS DA SAÚDE - COOPEN-CE

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR**

Saúde com Segurança

NOME DO PACIENTE: Simone Maria Correia Fernandes  
 PERÍODO: 26/02/2026 A 25/03/2026

DIAGNÓSTICO: Parkinson  
 Município da residência do paciente: (x) Fortaleza ( ) Outro

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (x) Internação domiciliar

DIA/MÊS	HORA INÍCIO	DIURNA FINAL	HORA INÍCIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL	RESPONSÁVEL
26/	:	:	:	:				
27/	:	:	:	:				
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/03	06:15	19:00	19:00	07:00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	auxiliar
12/	-:-	-:-	-:-	-:-				
13/03	06:40	19:00	19:00	07:00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
14/	-:-	-:-	-:-	-:-				
15/03	06:35	19:00	19:00	07:00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
16/	-:-	-:-	-:-	-:-				
17/03	06:40	19:00	19:00	07:00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
18/	-:-	-:-	-:-	-:-				
19/03	06:40	19:00	19:00	07:00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
20/	-:-	-:-	-:-	-:-				
21/03	06:40	19:00	19:00	07:00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
22/	-:-	-:-	-:-	-:-				
23/03	06:40	19:00	19:00	07:00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
24/	-:-	-:-	-:-	-:-				
25/03	06:50	19:00	19:00	07:00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	auxiliar

**OBS:**

- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**
- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN;
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO;
  - OBS. O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
  - SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.

**CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM**  
**CONTRATO: UNIMED LAR** **ANO: 2026**

NOME DO PACIENTE: Yves Figueiredo de Oliveira

DIAGNÓSTICO: Epilipsia

Município da residência do paciente:  Fortaleza ( ) Outro

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia)  Internação domiciliar

↻ (Preencher o mês nos plantões realizados - Exemplo: 26/04)

DIA/MÊS	HORA DIURNA		HORA NOTURNA		MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGÍVEL
	INÍCIO	FINAL	INÍCIO	FINAL			
26/02	06:50	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
27/02			19:40	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
28/02	09:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
29/02							
30/02							
31/02							
01/03			18:45	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
02/03	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
03/03			19:00	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
04/03	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
05/03							
06/03	06:55	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
07/03							
08/03	06:45	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
09/03							
10/03	06:30	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
11/03							
12/03	06:40	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
13/03							
14/03	06:45	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
15/03							
16/03	06:40	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
17/03							
18/03	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
19/03							
20/03	06:40	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
21/03							
22/03	06:45	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
23/03							
24/03	06:40	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia C. de Selo
25/03							

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:

- INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:**
- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR.
  - É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRÍCULA DA COOPEN E COREN.
  - É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO DO CONTROLE DE ATENDIMENTO A CADA PLANTÃO.
  - OBS: O CONTROLE DE ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO.
  - ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS.
- SIGA COM ATENÇÃO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NÃO OCORRA DESGASTES FUTUROS.**