

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

ANO: 2023

NOME DO PACIENTE: SIMONE MARIA CORREIA FERNANDES

DIAGNÓSTICO: PARKINSON

Município da residência do paciente: ☒ Fortaleza ☐ Outro \_\_\_\_\_

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

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

| DIAS/MÊS | HORA DIURNA<br>INICIO FINAL | HORA NOTURNA<br>INICIO FINAL | MATRÍCULA<br>COREN | MATRÍCULA<br>COOPEN | NOME DO PROFISSIONAL<br>LETRA LEGÍVEL |
|----------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 26/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 27/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 28/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 29/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 30/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 31/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 01/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 02/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 03/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 04/ 10   | 19:00 07:00                 | :                            | 2322611            | 13638               | fca Helene A. Lima                    |
| 05/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 06/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 07/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 08/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 09/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 10/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 11/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 12/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 13/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 14/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 15/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 16/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 17/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 18/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 19/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 20/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 21/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 22/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 23/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 24/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |
| 25/      | :                           | :                            | :                  | :                   |                                       |

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Auxiliadora

**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.