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

Saúde com Segurança

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR PERÍODO: 26/ 1 /26 A 25/ 2 /26

NOME DO PACIENTE: Francisca Pereira da Silva

DIAGNÓSTICO: Alzaimr

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

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

DIA/ MÊS	HORA INICIO	DIURNA FINAL	HORA INICIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
26/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
27/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
28/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
29/1	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
30/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
31/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
01/2	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
02/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
03/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
04/2	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
05/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
06/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
07/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
08/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
09/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
10/2	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
11/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
12/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
13/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
14/2	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
15/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
16/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
17/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
18/2	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
19/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
20/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
21/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
22/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
23/2	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
24/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
25/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	

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

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR PERÍODO: 26/ 1 /26 A 25/ 2 /26

NOME DO PACIENTE: Francisca Pereira da Silva

DIAGNÓSTICO: Alzaimr

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

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

DIA/ MÊS	HORA INICIO	DIURNA FINAL	HORA INICIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
26/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
27/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
28/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
29/1	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
30/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
31/1	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
01/2	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
02/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
03/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
04/2	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
05/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
06/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
07/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
08/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
09/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
10/2	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
11/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
12/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
13/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
14/2	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
15/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
16/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
17/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
18/2	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
19/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
20/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
21/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
22/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
23/2	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
24/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	
25/2	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Irlene Gomes da Silva	

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.

COOPEN-CE 26 anos

Saúde com Segurança

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: Francisco Veras da Silva

DIAGNÓSTICO: Parkinson / 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 INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA CORENCE	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/01	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
27/	:	:	:	:			
28/01	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
29/	:	:	:	:			
30/01	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
31/	:	:	:	:			
01/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
02/	:	:	:	:			
03/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
04/	:	:	:	:			
05/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
06/	:	:	:	:			
07/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
08/	:	:	:	:			
09/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
10/	:	:	:	:			
11/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
12/	:	:	:	:			
13/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
14/	:	:	:	:			
15/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
16/	:	:	:	:			
17/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
18/	:	:	:	:			
19/02	:	:	:	:			
20/	:	:	:	:			
21/	:	:	:	:			
22/	:	:	:	:			
23/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
24/	:	:	:	:			
25/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane

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.

COOPEN-CE 26 anos

Saúde com Segurança

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: Francisco Veras da Silva

DIAGNÓSTICO: Parkinson / 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 INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA CORENCE	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/01	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
27/	:	:	:	:			
28/01	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
29/	:	:	:	:			
30/01	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
31/	:	:	:	:			
01/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
02/	:	:	:	:			
03/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
04/	:	:	:	:			
05/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
06/	:	:	:	:			
07/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
08/	:	:	:	:			
09/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
10/	:	:	:	:			
11/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
12/	:	:	:	:			
13/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
14/	:	:	:	:			
15/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
16/	:	:	:	:			
17/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
18/	:	:	:	:			
19/02	:	:	:	:			
20/	:	:	:	:			
21/	:	:	:	:			
22/	:	:	:	:			
23/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane
24/	:	:	:	:			
25/02	:	:	19:00	07:00	833975	8575	Luciane

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.

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: (X) Fortaleza ( ) Outro _____

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (X) 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 LEGIVEL
01	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
01	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
01	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	0700	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	0700	19:00	19:00	0700	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	0700	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz

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;
- É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- [illegible] ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO [illegible] O DIA 26 DE CADA MÊS;

Digitalizado com CamScanner

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: (X) Fortaleza ( ) Outro _____

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (X) 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 LEGIVEL
01	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
01	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
01	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	0700	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	0700	19:00	19:00	0700	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	0700	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
02	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz

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;
- É OBRIGATÓRIO O USO E PREENCHIMENTO NÃO É VÁLIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- [illegible] ATENDIMENTO NÃO É VÁLIDO [illegible] O DIA 26 DE CADA MÊS;

Digitalizado com CamScanner

COOPEN-CE

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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** ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Geraldo Eduardo Pinheiro

DIAGNÓSTICO: AVC.

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

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

(Preencher o mês nos plantões realizados – Exemplo: 26/04) 26/01/26 até 25.02.26

DIA/MÊS	HORA DIURNA INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/___	:	:	:	:			
27/1	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
28/___	:	:	:	:			
29/1	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
30/___	:	:	:	:			
31/1	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
01/___	:	:	:	:			
02/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
03/___	:	:	:	:			
04/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
05/___	:	:	:	:			
06/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
07/___	:	:	:	:			
08/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
09/___	:	:	:	:			
10/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
11/___	:	:	:	:			
12/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
13/___	:	:	:	:			
14/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
15/___	:	:	:	:			
16/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
17/___	:	:	:	:			
18/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
19/___	:	:	:	:			
20/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
21/___	:	:	:	:			
22/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
23/___	:	:	:	:			
24/2	07:00	19:00	19:00	07:00	375144	5109	Eurreti de Souza
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.

Digitalizado com CamScanner

COOPEN 25 ANOS

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: 26/01/25 A 25/02/26

NOME DO PACIENTE: José Maurício da cunha

DIAGNÓSTICO: PNM + ALZHEIMER + HAS + DM.

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/	:	:	:	:				
04/02	07:00	19:00	—	—	762163	8279	Mª Luiza da S. Moreira	Fatima
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
19/	:	:	:	:				
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/	:	:	:	:				
23/	:	:	:	:				
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

Luiza da Silva Moreira COREN-CE 762.163-TE

Luiza da Silva Moreira COREN-CE 762.163-TE

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.

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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** **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Julia maria Silva Freitas

DIAGNÓSTICO: AMP

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

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (X) 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 LEGIVEL
26/	:	:	:	:			
27/	:	:	:	:			
28/	:	:	:	:			
29/01	- : -	- : -	19 :00	07 :00	72737	8248	Neire lopes
30/	:	:	:	:			
31/	:	:	:	:			
01/	:	:	:	:			
02/	:	:	:	:			
03/	:	:	:	:			
04/	:	:	:	:			
05/	:	:	:	:			
06/02	07 :00	19 :00	- : -	- : -	727379	8248	Neire lopes
07/	:	:	:	:			
08/	:	:	:	:			
09/	:	:	:	:			
10/	:	:	:	:			
11/02	- :	- : -	19 :00	07 :00	727379	8248	Neire lopes
12/02	- : -	- : -	19 :00	07 :00	727379	8248	Neire lopes
13/	:	:	:	:			
14/	:	:	:	:			
15/	:	:	:	:			
16/	:	:	:	:			
17/	:	:	:	:			
18/	:	:	:	:			
19/	:	:	:	:			
20/	:	:	:	:			
21/	:	:	:	:			
22/	:	:	:	:			
23/	:	:	:	:			
24/	:	:	:	:			
25/	:	:	:	:			

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Josefona Freitas

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.

COOPEN 24 anos

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: 26/01/26 A 25/02/26

NOME DO PACIENTE: Luis Maria aguiar Penistrelo

DIAGNÓSTICO: Não Diagnosticada

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

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

DIA/ MÊS	HORA INICIO	DIURNA FINAL	HORA INICIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
26/	:	:	:	:				
27/01	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
28/	:	:	:	:				
29/01	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
30/	:	:	:	:				
31/01	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
01/	:	:	:	:				
02/02	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/02	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
07/	:	:	:	:				
08/02	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
09/	:	:	:	:				
10/02	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/02	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/02	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
19/	:	:	:	:				
20/02	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
21/	:	:	:	:				
22/02	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
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 E VALIDO 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
CNPJ: 03.031.687/0001-10 - RUA MINISTRO JOAQUIM BASTOS, 117 - CEP 60415-040 - BAIRRO DE FÁTIMA - FORTALEZA - CEARÁ
FONE (85)3257.4564 / Plantão (85)99909.8129 - (85)99652.0143 / **E-mail:** producao@coopen-ce.com.br - Site: www.coopen-ce.com.br

Digitalizado com CamScanner

COOPEN-CE 26

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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** **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: MARCO FABIO

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 INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/____	:	:	:	:			
27/____	:	:	:	:			
28/____	:	:	:	:			
29/____	:	:	:	:			
30/____	:	:	:	:			
31/____	:	:	:	:			
01/____	:	:	:	:			
02/____	:	:	:	:			
03/____	:	:	:	:			
04/____	:	:	:	:			
05/____	:	:	:	:			
06/____	:	:	:	:			
07/____	:	:	:	:			
08/____	:	:	:	:			
09/02	07 :00	19 :00	:	:	557249	6781	Antonia Vienna Sales Sousa
10/____	:	:	:	:			
11/____	:	:	:	:			
12/____	:	:	:	:			
13/____	:	:	:	:			
14/____	:	:	:	:			
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
CNPJ: 03.031.687/0001-10 - RUA MINISTRO JOAQUIM BASTOS, 117 - CEP 60415-040 - BAIRRO DE FÁTIMA - FORTALEZA - CEARÁ
FONE (85)3257.4564 / Plantão (85)99909.8129 - (85)99652.0143 / **E-mail:** producao@coopen-ce.com.br - Site: www.coopen-ce.com.br

COOPEN-CE 26

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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** **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: MARCO FABIO

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 INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/____	:	:	:	:			
27/____	:	:	:	:			
28/____	:	:	:	:			
29/____	:	:	:	:			
30/____	:	:	:	:			
31/____	:	:	:	:			
01/____	:	:	:	:			
02/____	:	:	:	:			
03/____	:	:	:	:			
04/____	:	:	:	:			
05/____	:	:	:	:			
06/____	:	:	:	:			
07/____	:	:	:	:			
08/____	:	:	:	:			
09/02	07 :00	19 :00	:	:	557249	6781	Antonia Vienna Sales Sousa
10/____	:	:	:	:			
11/____	:	:	:	:			
12/____	:	:	:	:			
13/____	:	:	:	:			
14/____	:	:	:	:			
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
CNPJ: 03.031.687/0001-10 - RUA MINISTRO JOAQUIM BASTOS, 117 - CEP 60415-040 - BAIRRO DE FÁTIMA - FORTALEZA - CEARÁ
FONE (85)3257.4564 / Plantão (85)99909.8129 - (85)99652.0143 / **E-mail:** producao@coopen-ce.com.br - Site: www.coopen-ce.com.br

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: 26/01/26 A 25/02/2026

NOME DO PACIENTE: Marco Fabio Mota Soares

DIAGNÓSTICO: Esclerose múltipla

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

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

DIA/ MÊS	HORA INICIO	DIURNA FINAL	HORA INICIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
26/01	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
27/	:	:	:	:				
28/01	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
29/	:	:	:	:				
30/01	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
31/	:	:	:	:				
01/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
02/	:	:	:	:				
03/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
04/	:	:	:	:				
05/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
06/	:	:	:	:				
07/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
08/	:	:	:	:				
09/ -	- : -	- : -	:	:	-	-	-	—
10/	:	:	:	:				
11/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
12/	:	:	:	:				
13/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
14/	:	:	:	:				
15/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
16/	:	:	:	:				
17/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
18/	:	:	:	:				
19/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
20/	:	:	:	:				
21/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
22/	:	:	:	:				
23/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
24/	:	:	:	:				
25/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide 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.

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: 26/01/26 A 25/02/2026

NOME DO PACIENTE: Marco Fabio Mota Soares

DIAGNÓSTICO: Esclerose múltipla

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

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

DIA/ MÊS	HORA INICIO	DIURNA FINAL	HORA INICIO	NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
26/01	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
27/	:	:	:	:				
28/01	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
29/	:	:	:	:				
30/01	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
31/	:	:	:	:				
01/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
02/	:	:	:	:				
03/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
04/	:	:	:	:				
05/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
06/	:	:	:	:				
07/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
08/	:	:	:	:				
09/ -	- : -	- : -	:	:	-	-	-	—
10/	:	:	:	:				
11/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
12/	:	:	:	:				
13/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
14/	:	:	:	:				
15/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
16/	:	:	:	:				
17/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
18/	:	:	:	:				
19/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
20/	:	:	:	:				
21/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
22/	:	:	:	:				
23/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide Barbosa	ANA
24/	:	:	:	:				
25/02	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fco Ironeide 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.

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

ESPAÇO DO IDOSO

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Maria elena maia do Amaral

DIAGNÓSTICO: atrofia muscular espinhal (tipo 1)

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

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (X) 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/ 01	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Só
28/	:	:	:	:			
29/ 01	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Só
30/	:	:	:	:			
31/ 01	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Só
01/	:	:	:	:			
02/ 02	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Só
03/	:	:	:	:			
04/ 02	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Só
05/	:	:	:	:			
06/ 02	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Só
07/	:	:	:	:			
08/ 02	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Só
09/____	:	:	:	:			
10/____	:	:	:	:			
11/____	:	:	:	:			
12/____	:	:	:	:			
13/____	:	:	:	:			
14/____	:	:	:	:			
15/____	:	:	:	:			
16/____	:	:	:	:			
17/____	:	:	:	:			
18/____	:	:	:	:			
19/____	:	:	:	:			
20/____	:	:	:	:			
21/____	:	:	:	:			
22/____	:	:	:	:			
23/____	:	:	:	:			
24/____	:	:	:	:			
25/____	:	:	:	:			

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: X Mª Helena Maia do Amaral

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

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Maria Elvira Maia do Amaral.

DIAGNÓSTICO: Atrofia Muscular Espinhal (tipo I)

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

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (X) 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 LEGIVEL
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/____	:	:	:	:			
24/____	:	:	:	:			
25/02	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Sá

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: x Mª Helena Maia do Amaral

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

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Maria Elvira Maia do Amaral.

DIAGNÓSTICO: Atrofia Muscular Espinhal (tipo I)

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

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (X) 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 LEGIVEL
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/____	:	:	:	:			
24/____	:	:	:	:			
25/02	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Rd.ª Antonia da Silva Sá

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: x Mª Helena Maia do Amaral

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 PERÍODO: 26/01/25 A 25/02/26

NOME DO PACIENTE: Mª Fátima 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
26/01	07:00	19:00	:	:	762163	8279	Mª Lanúbia da p. Macêdo	Érica
27/	:	:	:	:				
28/01	07:00	19:00	:	:	762163	8279	Mª Lanúbia da p. Macêdo	Érica
29/	:	:	:	:				
30/01	07:00	19:00	:	:	762163	8279	Mª Lanúbia da p. Macêdo	Érica
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
19/	:	:	:	:				
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/	:	:	:	:				
23/	:	:	:	:				
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

Luana da Silva Maia
COREN-CE 762.163-TE

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.

COOPEN 26 anos

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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 **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Maria Gilda da Silva Albuquerque.

DIAGNÓSTICO: 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 INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/____	:	:	:	:			
27/____	:	:	:	:			
28/____	:	:	:	:			
29/____	:	:	:	:			
30/____	:	:	:	:			
31/____	:	:	:	:			
01/____	:	:	:	:			
02/____	:	:	:	:			
03/____	:	:	:	:			
04/____	:	:	:	:			
05/____	:	:	:	:			
06/____	:	:	:	:			
07/____	:	:	:	:			
08/____	:	:	:	:			
09/____	:	:	:	:			
10/____	:	:	:	:			
11/____	:	:	:	:			
12/____	:	:	:	:			
13/____	:	:	:	:			
14/____	:	:	:	:			
15/____	:	:	:	:			
16/____	:	:	:	:			
17/____	:	:	:	:			
18/____	:	:	:	:			
19/02	07:00	19:00	:	:	762163	8279	Mª Luiza da Silva Macêdo.
20/____	:	:	:	:			
21/02	07:00	19:00	:	:	762163	8279	Mª Luiza da Silva Macêdo.
22/____	:	:	:	:			
23/____	:	:	:	:			
24/____	:	:	:	:			
25/____	:	:	:	:			

Luiza da Silva Macê
COREN-CE 762.163-TF

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Maria

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.

COOPEN-CE 27

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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 MÊS/ANO: 25/01 à 25/02/26

NOME DO PACIENTE: Maria Gilda da Silva Albuquerque

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO: (X) INTERNAÇÃO ( ) ADMISSÃO: / / ALTA / /

DIA	HORA INICIO	HORA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
03	07:00	19:00	816779	10534	Maria de Fátima Nogueira [illegible]	
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				

Fátima Nogueira COREN-CE 816779-TE

Fátima Nogueira COREN-CE 816779-TE

OBS: Plantão Emergencial (Drª Larissa)

05/02/26

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 VALIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O 2º DIA ÚTIL DO MÊS SEGUINTE AO DO SERVIÇO;

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

COOPEN CE 27

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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 MÊS/ANO: 25/01 à 25/02/26

NOME DO PACIENTE: Maria Gilda da Silva Albuquerque

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO: (X) INTERNAÇÃO ( ) ADMISSÃO: / / ALTA / /

DIA	HORA INICIO	HORA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
03	07:00	19:00	816779	10534	Maria de Fátima Nogueira Silva	
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:			Fátima Nogueira COREN-CE 816779	
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:			Fátima Nogueira COREN-CE 816779	
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				

OBS: Plantão Emergencial (Drª Larissa)

05/02/26

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 VALIDO DE UM MÊS PARA OUTRO;
- ENVIAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O 2º DIA ÚTIL DO MÊS SEGUINTE AO DO SERVIÇO;

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
CNPJ: 03.031.687/0001-10 - RUA MINISTRO JOAQUIM BASTOS, 117 - CEP 60415-040 - BAIRRO DE FÁTIMA - FORTALEZA - CEARÁ
FONE (85)3257.4564 / Plantão (85)9 9909.8129 - (85)9 9652-0143 / E-mail: producao@coopen-ce.com.br - Site: www.coopen-ce.com.br

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: 26/02/25 A 25/02/26

NOME DO PACIENTE: Raimundo Nelmino Oliveira.

DIAGNÓSTICO: AVCE

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/	:	:	:	:				
27/02	07:00	19:00	19:00	07:00	762163	8279	Malvinha da fo. maeido	Edson
28/	:	:	:	:				
29/02	07:00	19:00	19:00	07:00	762163	8279	Malvinha da fo. maeido	Edson
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/	:	:	:	:				
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

Luísa da Silva Maia
COREN-CE 762.163-TF

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.

COOPEN CE 27

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: uni med MÊS/ANO: 25/01 à 25/02/26

NOME DO PACIENTE: Raimundo Rodrigues Araújo

DIAGNÓSTICO: A.V.C

PROCEDIMENTO: (x) INTERNAÇÃO ( ) ADMISSÃO: / / ALTA / /

DIA	HORA INICIO	HORA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
07	07:00	13:00	816779	10534	Maria de Fátima Nogueira da	[signature]
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				

OBS: plantão de 06 horas de deslocamento.

pte da Drª Larissa

09/02/26

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 2º DIA ÚTIL DO MÊS SEGUINTE AO DO SERVIÇO;

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

COOPEN 27 CE

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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: uni med MÊS/ANO: 25/01 à 25/02/26

NOME DO PACIENTE: Raimundo Rodrigues Araújo
DIAGNÓSTICO: A.V.C
PROCEDIMENTO: (X)INTERNAÇÃO ( ) ADMISSÃO: / / ALTA / /

DIA	HORA INICIO	HORA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
07	07:00	13:00	816779	10534	Maria de Fátima Nogueira da	[signature]
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				

OBS: plantão de 06 horas de deslocamento.

pcte da Drª Larissa

09/02/26

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 2° DIA ÚTIL DO MÊS SEGUINTE AO DO SERVIÇO;
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

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR **ANO: _____**

NOME DO PACIENTE: Rui Olsen Oliveira

DIAGNÓSTICO: Parkison

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

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (X) 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 LEGIVEL
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/____	:	:	:	:			
23/02	07:00	19:00	:	:			Gabriel Gabriel Nogueira Costa Galdino Técnico Intensivista COREN-CE 353128
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

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Silvia Talita da Silva

DIAGNÓSTICO: D.C

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

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (X) 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 LEGIVEL
26/01	07:00	19:00	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
27/01	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
28/01	07:00	19:00	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
29/01	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
30/01	07:00	19:00	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
31/01	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
01/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
02/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
03/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
04/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
05/02	07:00	19:00	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
06/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
07/	:	:	:	:			
08/02	07:00	19:00	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
09/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
10/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
11/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
12/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
13/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
14/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
15/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
16/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
17/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
18/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
19/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
20/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
21/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
22/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
23/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
24/02	:	:	19:00	07:00	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza
25/02	07:00	19:00	:	:	0154389	12817	Larissa Oliveira de Souza

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Virginia Souza 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 À COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;

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

Digitalizado com CamScanner

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

Saúde com Segurança

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** PERÍODO: 26/01/2026 A 25/02/2026

NOME DO PACIENTE: Suisoul maria Correia Fernandes

DIAGNÓSTICO: Parkinson

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	— : —	— : —	18 : 30	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	auxiliadora
02/	:	:	:	:				
03/02	06 : 30	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
04/	:	:	:	:				
05/02	06 : 30	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
06/	:	:	:	:				
07/02	06 : 40	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
08/	:	:	:	:				
09/02	06 : 35	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
10/	:	:	:	:				
11/02	06 : 35	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
12/	:	:	:	:				
13/02	06 : 35	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
14/	:	:	:	:				
15/02	06 : 40	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
16/	:	:	:	:				
17/02	06 : 40	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
18/	:	:	:	:				
19/02	06 : 35	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
20/	:	:	:	:				
21/02	07 : 00	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
22/	:	:	:	:				
23/02	06 : 20	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	auxiliadora
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

OBS:_____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRICULA 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

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** PERÍODO: 26/01/2026 A 25/02/2026

NOME DO PACIENTE: Suisoul maria Correia Fernandes

DIAGNÓSTICO: Parkinson

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	— : —	— : —	18 : 30	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	auxiliadora
02/	:	:	:	:				
03/02	06 : 30	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
04/	:	:	:	:				
05/02	06 : 30	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
06/	:	:	:	:				
07/02	06 : 40	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
08/	:	:	:	:				
09/02	06 : 35	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
10/	:	:	:	:				
11/02	06 : 35	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
12/	:	:	:	:				
13/02	06 : 35	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
14/	:	:	:	:				
15/02	06 : 40	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
16/	:	:	:	:				
17/02	06 : 40	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
18/	:	:	:	:				
19/02	06 : 35	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
20/	:	:	:	:				
21/02	07 : 00	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
22/	:	:	:	:				
23/02	06 : 20	19 : 00	19 : 00	07 : 00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	auxiliadora
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

OBS:_____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NÚMERO DA MATRICULA 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: MARIA SIMONE CORREIA FERNANDES

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 INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/____	:	:	:	:			
27/____	:	:	:	:			
28/____	:	:	:	:			
29/____	:	:	:	:			
30/____	:	:	:	:			
31/____	:	:	:	:			
01/01	06:15	14:00	:	:	233286	13638	FCA HELENA ANGELO LIMA
02/____	:	:	:	:			
03/____	:	:	:	:			
04/____	:	:	:	:			
05/____	:	:	:	:			
06/____	:	:	:	:			
07/____	:	:	:	:			
08/____	:	:	:	:			
09/____	:	:	:	:			
10/____	:	:	:	:			
11/____	:	:	:	:			
12/____	:	:	:	:			
13/____	:	:	:	:			
14/____	:	:	:	:			
15/____	:	:	:	:			
16/____	:	:	:	:			
17/____	:	:	:	:			
18/____	:	:	:	:			
19/____	:	:	:	:			
20/____	:	:	:	:			
21/____	:	:	:	:			
22/____	:	:	:	:			
23/____	:	:	:	:			
24/01	06:15	20:00	:	:	233611	13638	FCA HELENA ANGELO LIMA
25/____	:	:	:	:			

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR.
- É OBRIGATÓRIO COLOCAR O NUMERO 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.

COOPEN 26 anos

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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** **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Yves Figueiredo de Oliveira

DIAGNÓSTICO: Epilepsia

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 INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/01	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	
27/01	07:00	19:00	19:00	07:00	889-701	8250	
28/01	06:50	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
29/01	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
30/01	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
31/01	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
01/___	:	:	:	:			
02/02	06:50	19:00	19:00	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
03/___	:	:	19:00	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
04/02	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	
05/___	:	:	19:00	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
06/02	06:40	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
07/___	:	:	:	:			
08/02	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
09/___	:	:	:	:			
10/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
11/___	:	:	:	:			
12/02	06:40	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
13/___	:	:	:	:			
14/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
15/___	:	:	:	:			
16/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
17/___	:	:	:	:			
18/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
19/___	:	:	:	:			
20/02	06:35	19:00	:	:	889-701	889-701	Ana Lúcia C. de Melo
21/___	:	:	:	:			
22/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
23/___	:	:	:	:			
24/02	06:50	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
25/___	:	:	:	:	889-701	8250	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Juliana Figueiredo de Oliveira.

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 À COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS.

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

COOPEN 26 anos

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

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** **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Yves Figueiredo de Oliveira

DIAGNÓSTICO: Epilepsia

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 INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/01	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	
27/01	07:00	19:00	19:00	07:00	889-701	8250	
28/01	06:50	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
29/01	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
30/01	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
31/01	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
01/___	:	:	:	:			
02/02	06:50	19:00	19:00	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
03/___	:	:	19:00	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
04/02	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	
05/___	:	:	19:00	07:00	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
06/02	06:40	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
07/___	:	:	:	:			
08/02	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
09/___	:	:	:	:			
10/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
11/___	:	:	:	:			
12/02	06:40	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
13/___	:	:	:	:			
14/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
15/___	:	:	:	:			
16/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
17/___	:	:	:	:			
18/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
19/___	:	:	:	:			
20/02	06:35	19:00	:	:	889-701	889-701	Ana Lúcia C. de Melo
21/___	:	:	:	:			
22/02	06:45	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
23/___	:	:	:	:			
24/02	06:50	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
25/___	:	:	:	:	889-701	8250	

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Juliana Figueiredo de Oliveira.

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 À COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS.

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