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 MÊS/ANO: 26/11/25 a 25/12/25

NOME DO PACIENTE: Francisca Pereira da silva

DIAGNÓSTICO:

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

DIA	HORA INICIO	HORA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
26/11	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
27/11	7 :5	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
28/11	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
29/11	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
30/11	7 :00	19 :00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
1/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
2/12	7 :00	19 :00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
3/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
4/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
5/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
6/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
7/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
8/12	7 :00	19 :00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
9/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
10/12	7 :10	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
11/12	7 :10	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
12/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
13/12	7 :20	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
14/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
15/12	7 :15	19 :00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
16/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
17/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
18/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
19/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
20/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
21/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
22/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
23/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
24/12	7 :15	19 :00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
25/12	7 :00	19:00	00104855	8729	Isline Gomes da Silva	
	:	:				
	:	:				
	:	:				
	:	:				

NOME DO PACIENTE: Francisca Pereira da Silva

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:** 2025

NOME DO PACIENTE: Francisco Veras da Silva

DIAGNÓSTICO: Parkinson / Alzheimer

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
26/11	07:00	13:00	:	:			
27/11	:	:	19:00	07:00			
28/____	:	:	:	:			
29/11	:	:	19:00	07:00			
30/11	07:00	09:00	:	:			
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/____	:	:	:	:			

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

Saúde com Segurança

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

ANO: 2025

CONTRATO: ***UNIMED LAR***

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) 26/11 até 25/12

DIA/MÊS	HORA DIURNA INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/11	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
27/___	:	:	:	:			
28/11	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
29/___	:	:	:	:			
30/11	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
31/___	:	:	:	:			
01/___	:	:	:	:			
02/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
03/___	:	:	:	:			
04/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
05/___	:	:	:	:			
06/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
07/___	:	:	:	:			
08/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
09/___	:	:	:	:			
10/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
11/___	:	:	:	:			
12/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
13/___	:	:	:	:			
14/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
15/___	:	:	:	:			
16/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
17/___	:	:	:	:			
18/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
19/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
20/___	:	:	:	:			
21/___	:	:	:	:			
22/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
23/___	:	:	:	:			
24/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia
25/12	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lucrecia

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: 2025

NOME DO PACIENTE: Jacqueline Feitosa do Nascimento

DIAGNÓSTICO: D.C.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/__	:	:	:	:			
27/11	07:00	19:00	19:00	07:00	623411	1097	Jacqueline
28/__	:	:	:	:			
29/11	07:00	19:00	19:00	07:00	623411	1097	Jacqueline
30/__	:	:	:	:			
31/11	:	:	:	:			
01/12	07:00	19:00	19:00	07:00	623411	1097	Jacqueline
02/__	:	:	:	:			
03/12	07:00	19:00	19:00	07:00	623411	1097	Jacqueline
04/__	:	:	:	:			
05/12	07:00	19:00	19:00	07:00	623411	1097	Jacqueline
06/__	:	:	:	:			
07/12	07:00	19:00	19:00	07:00	623411	1097	Jacqueline
08/__	:	:	:	:			
09/12	07:00	19:00	19:00	07:00	623411	1097	Jacqueline
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.

Galaxy A13

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: 26/11/2025 A 25/12/2025

NOME DO PACIENTE: Mares Fábio 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/	:	:	:	:				
27/	:	:	:	:				
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	07:00	19:00	:	:	869537	5511	Maria Celine de S. Castro.	Ana
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
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.

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** PERÍODO: 26/11/25 A 25/12/2025

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/	:	:	:	:				
27/11	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
28/	:	:	:	:				
29/11	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
30/	:	:	:	:	-	-		
31/	:	:	:	:	-	-		
01/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
02/	:	:	:	:				
03/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
04/	:	:	:	:				
05/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
06/	:	:	:	:				
07/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
08/	:	:	:	:				
09/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:	-	-	-	-
12/	:	:	:	:				
13/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
14/	:	:	:	:				
15/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
16/	:	:	:	:				
17/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
18/	:	:	:	:				
19/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
20/	:	:	:	:				
21/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
22/	:	:	:	:				
23/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA
24/	:	:	:	:				
25/12	07:00	19:00	:	:	352102	4224	Fca Iraneide Barbosa	ANA

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

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR **ANO:** 2025

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
26/	:	:	:	:			
27/	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
28/	:	:	:	:			
29/	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira de Queiroz
30/	:	:	:	:			
31/	:	:	:	:			
01/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
02/	:	:	:	:			
03/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
04/	:	:	:	:			
05/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
06/	:	:	:	:			
07/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
08/	:	:	:	:			
09/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
10/	:	:	:	:			
11/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
12/	:	:	:	:			
13/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
14/	:	:	:	:			
15/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
16/	:	:	:	:			
17/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
18/	:	:	:	:			
19/	:	:	:	:			
20/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
21/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
22/	:	:	:	:			
23/ 12	07:00	19:00	19:00	07:00	640788	4389	Damiana Vieira
24/	:	:	:	:			
25/	:	:	:	:			

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Tania Pinheiro

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;
- ENTREGAR O CONTROLE DE PRODUÇÃO A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;
- ...STES 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

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** PERÍODO: 26/ 11/ 14 A 25/ 12/ 15

NOME DO PACIENTE: MARCO FABIO mota Soares

DIAGNÓSTICO: esclerose multipla

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

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

DIA/ MÊS	HORA INICIO DIURNA	FINAL DIURNA	HORA INICIO NOTURNA	FINAL NOTURNA	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
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/	:	:	:	:	6781		Barbara Vitoria Sales	
22/	09:00	19:00	:	:				
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
CNPJ: 01.031.687/0001-10 - RUA MINISTRO JOAQUIM BASTOS, 117 - CEP: 60415-040 - BAIRRO DE FÁTIMA - FORTALEZA - CEARÁ
FONE (85)3257.4164 / Plantão (85)99609.3129 - (85)99652.0143 / E-mail: projetos@coopen-ce.com.br - Site: www.coopen-ce.com.br

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR PERÍODO: 26/11/25 A 25/12/25

NOME DO PACIENTE: Maria Fátima B. Carvalho

DIAGNÓSTICO: A.V.C

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/	:	:	:	:				
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/12	:	:	19:00	07:00	806684	8511	Fca Elizebete O. Pessoa	Érica
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/12	:	:	19:00	07:00	806684	8511	Fca Elizebete O. Pessoa	Érica
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/12	:	:	19:00	07:00	806684	8511	Fca Elizebete O. Pessoa	Érica
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
19/	:	:	:	:				
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/12	:	:	19:00	07:00	806684	8511	Fca Elizebete O. Pessoa	Érica
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

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR PERÍODO: 26/11/25 A 25/12/25

NOME DO PACIENTE: Nicole Stoch para/Brasil.

DIAGNÓSTICO: Encefalopatia

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/	:	:	:	:				
28/	:	:	:	:				
29/	:	:	:	:				
30/	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/12	07:00	19:00	:	:	661.898	8246	Marcia Rodrigues Pereira Fabiana	
14/	:	:	:	:				
15/	:	:	:	:				
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
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

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR**

ANO: 2025

NOME DO PACIENTE: Pedro Correia de Melo Lopes

DIAGNÓSTICO: Síndrome de Down, cardiopatia, pneumopatia.

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/____	:	:	:	:			
01/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
02/____	:	:	:	:			
03/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
04/____	:	:	:	:			
05/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
06/____	:	:	:	:			
07/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
08/____	:	:	:	:			
09/12	07:00	1900	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
10/____	:	:	:	:			
11/12	:	:	:	:			
12/____	:	:	:	:			
13/12	:	:	19:00	07:00	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
14/____	:	:	:	:			
15/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
16/____	:	:	:	:			
17/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
18/____	:	:	:	:			
19/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
20/____	:	:	:	:			
21/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
22/____	:	:	:	:			
23/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira
24/____	:	:	:	:			
25/12	07:00	19:00	:	:	2361555	13763	Isadora da Silva Pereira

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Rosette Lopes

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: 26/11/25 A 25/12/25.

NOME DO PACIENTE: Raimundo Waltmiro Saraiva

DIAGNÓSTICO: AVCE

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

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

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

Mª Luísa da Silva Macêdo
COREN-CE 762.163-TF

Mª Luísa da Silva Macêdo
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.

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

ANO: 2025

CONTRATO: UNIMED LAR

NOME DO PACIENTE: Silvia Talita da Silva

DIAGNÓSTICO: P. 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
26/11	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
27/11	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
28/11	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
29/11	07:00	19:00	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
30/11	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
31/___	:	:	:	:			
01/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
02/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
03/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
04/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
05/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
06/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
07/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
08/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
09/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
10/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
11/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
12/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
13/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
14/12	07:00	19:00	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
15/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
16/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
17/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
18/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
19/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
20/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
21/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
22/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
23/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
24/12	:	:	19:00	07:00	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza
25/12	07:00	19:00	:	:	1015443539	12817	Vanessa Oliveira de Souza

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Virginia Sousa 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 MES;

SIGA COM ATENÇAO ESSAS INSTRUÇÕES PARA QUE NAO 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**

ANO: 2025

NOME DO PACIENTE: SIMONE MARIA CORREIA FERNANDES

DIAGNÓSTICO: PARKINSON

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/____	:	:	:	:			
07/12	06:27	19:00	19:00	06:38	2398611	13638	Tec Helena Angelo Lima
08/____	:	:	:	:			
09/12	06:36	19:00	19:00	06:35	2398611	13638	Tec HELENA ANGELO LIMA
10/____	:	:	:	:			
11/12	06:31	19:00	19:00	06:27	2398611	13638	Tec HELENA ANGELO LIMA
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.

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** PERÍODO: 26/ 11 /2025 A 25/ 12 /2025

NOME DO PACIENTE: Simone 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/	:	:	:	:	001.166.258	6716		
27/11	06 :20	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	auxiliadora
28/	:	:	:	:				
29/11	06 :20	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
30/11	07 :00	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/12	06 :35	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla Martins Reis	
04/	:	:	:	:				
05/12	06 :30	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/12	06 :30	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
14/	:	:	:	:				
15/12	07 :00	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	
16/	:	:	:	:				
17/	:	:	:	:				
18/	:	:	:	:				
19/	:	:	:	:				
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/	:	:	:	:				
23/	:	:	:	:				
24/12	15 :00	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	auxiliadora
25/12	07 :00	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Terla martins Reis	auxiliadora

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: 26/11/25 A 25/12/25

NOME DO PACIENTE: Simone Ma Conceição Fernandes

DIAGNÓSTICO: Parkinson

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
26/11/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	Yosiba
27/11/25	:	:	:	:				
28/11/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	
29/11/25	:	:	:	:				
30/11/25	:	:	:	:				
31/	:	:	:	:				
01/12/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	
02/12/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	
03/12/25	:	:	:	:				
04/12/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	
05/12/25	:	:	:	:				
06/12/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	
07/12/25	:	:	:	:				
08/12/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	
09/12/25	:	:	:	:				
10/12/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	
11/12/25	:	:	:	:				
12/12/25	07:00	19:00	19:00	07:00	647468	5772	Ana Patricia B. Tavares	
13/12/25	:	:	:	:				
14/12/25	:	:	:	:				
15/12/25	:	:	:	:				
16/12/25	:	:	:	:				
17/12/25	:	:	:	:				
18/12/25	:	:	:	:				
19/12/25	:	:	:	:				
20/12/25	:	:	:	:				
21/12/25	:	:	:	:				
22/12/25	:	:	:	:				
23/12/25	:	:	:	:				
24/12/25	:	:	:	:				
25/12/25	:	:	:	:				Yosiba

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

ANO: 2025

CONTRATO: **UNIMED LAR**

NOME DO PACIENTE: Yves Filgueiredo de Oliveira

DIAGNÓSTICO: Epilepsia

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
26/11	06:50	19:00	:	:	889.701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
27/____	:	:	:	:			
28/11	06:55	19:00	:	:	889.701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
29/____	:	:	:	:			
30/11	07:00	19:00	:	:	889.701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
31/____	:	:	:	:			
01/____	:	:	:	:			
02/12	06:50	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
03/____	:	:	:	:			
04/12	06:55	19:00	:	:	889.701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
05/____	:	:	:	:			
06/12	06:50	19:00	:	:	889.701	8250	Ana Lúcia C. de Melo S/EFEITO
07/____	:	:	:	:			
08/12	06:40	19:00	:	:	889.701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
09/____	:	:	:	:			
10/12	06:40	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
11/____	:	:	:	:			
12/12	06:40	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
13/____	:	:	:	:			
14/12	:	:	:	:			
15/____	:	:	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
16/12	07:00	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
17/____	:	:	:	:			
18/12	06:40	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
19/____	:	:	:	:			
20/12	06:40	19:00	:	:	889-701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
21/____	:	:	:	:			
22/12	06:40	19:00	:	:	889.701	8250	Ana Lúcia C. de Melo
23/____	:	:	:	:			
24/12	06:30	19:00	S/EFEITO →		889.701	8250	Ana Lúcia C. de Melo S/EFEITO
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.