TREINE ATÉ

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: 26/03/2026 A 25/04/2026

NOME DO PACIENTE: Antônio de Melo Barbosa → Plantão Emergência

DIAGNÓSTICO: Broncoaspiração.

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/	07:00	19:00	— : —	— : —	869.537	5511	Maria Celia de S. Costa	Antonio
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
05/	:	:	:	:				
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
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.

FONE (85)3257.4564 / Plantão (85)99909.8129 - (85)99652.0143 / **E-mail:** producao@coopen-ce.com.br - Site: www.coopen-ce.com.br

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** PERÍODO: 26/3/26 A 25/4/2026

NOME DO PACIENTE: Francisca Pereira da Silva

DIAGNÓSTICO: Alzeime

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

Tipo de atendimento: ( ) Procedimento (antibioticoterapia) (x) 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
26/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
27/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
28/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
29/3	7:19	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
30/3	7:00	19:15	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
31/3	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
01/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
02/4	7:00	19:15	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
03/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
04/4	7:15	19:15	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
05/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
06/4	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
07/4	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
08/4	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
09/4	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
10/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
11/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
12/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
13/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
14/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
15/4	7:00	19:20	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
16/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
17/4	7:20	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
18/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
19/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
20/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
21/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
22/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
23/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
24/4	7:15	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline gomes da Silva	
25/4	7:00	19:00	:	:	001094855	8729	Isoline 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

ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Francisca 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/____	:	:	:	:			
27/ 03	:	:	19 : 00	07 : 00	833975	8575	Jane
28/____	:	:	:	:			
29/ 03	:	:	19 :00	07 00	833975	8575	Jane
30/____	:	:	:	:			
31/ 03	:	:	19 :00	07 :00	833975	8575	Jane
01/____	:	:	:	:			
02/ 04	:	:	19 :00	07 :00	833975	8575	Janine
03/____	:	:	:	:			
04/ 04	:	:	19 :00	07: 00	833975	8575	Jane
05/____	:	:	:	:			
06/ 04	:	:	19 : 00	07: 00	833975	8575	Jane
07/____	:	:	:	:			
08/ 04	:	:	19 :00	07: 00	833975	8575	Jane
09/____	:	:	:	:			
10/ 04	:	:	19 :00	07: 00	833975	8575	Jane
11/____	:	:	:	:			
12/ 04	:	:	19 :00	07: 00	833975	8575	Jane
13/____	:	:	:	:			
14/ 04	:	:	19 :00	07: 00	833975	8575	Janine
15/____	:	:	:	:			
16/ 04	:	:	19 :00	07 :00	833975	8575	Jane
17/____	:	:	:	:			
18/ 04	:	:	19 :00	07:00	833975	8575	Jane
19/____	:	:	:	:			
20/ 04	:	:	19 :00	07: 00	833975	8575	Jane
21/____	:	:	:	:			
22/ 04	:	:	19 :00	07:00	833975	8575	Jane
23/____	:	:	:	:			
24/ 04	:	:	19 : 00	07 :00	833975	8575	Jane
25/____	:	:	:	:			

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

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

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

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

Saúde com Segurança

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: 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) 26/03 até 25/04/26

DIA/MÊS	HORA DIURNA INICIO	HORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL
26/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
27/	:	:	:	:			
28/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
29/ 3	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
30/	:	:	:	:			
31/	:	:	:	:			
01/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
02/	:	:	:	:			
03/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
04/	:	:	:	:			
05/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
06/	:	:	:	:			
07/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
08/	:	:	:	:			
09/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
10/	:	:	:	:			
11/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
12/	:	:	:	:			
13/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
14/	:	:	:	:			
15/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
16/	:	:	:	:			
17/ 4	:	:	:	:			
18/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
19/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
20/	:	:	:	:			
21/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
22/	:	:	:	:			
23/ 4	07:00	19:00	19:00	07:00	375199	5109	Lurdete de Souza
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: 2026

CONTRATO: **UNIMED LAR**

NOME DO PACIENTE: Geraldo Eduardo Pinheiro

DIAGNÓSTICO: AVC

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

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

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

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

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: ☒

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

- NÃO RASURAR, SUJAR OU MACHAR;

Digitalizado com CamScanner

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: Coopen MÊS/ANO: 25/03 à 25/04/26

NOME DO PACIENTE: José Heriberto Moreira Pequeno

DIAGNÓSTICO:

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

DIA	HORA INICIO	HORA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
08/4	19:00	07:00	816779	10534	Mª de Fátima Nogueira Silva Meire	
	:	:				
	:	:				
	:	:		

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: Coopen MÊS/ANO: 25/3 à 25/4/26

NOME DO PACIENTE: José Heriberto Moreira pequeno

DIAGNÓSTICO:

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

DIA	HORA INICIO	HORA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LETRA LEGIVEL	RESPONSAVEL
10/4	19:00	07:00	816779	30534	Maria de Fátima N. Silva	Meire
11/4	07:00	19:00	816779	30534	Maria de Fátima N. Silva	Meire
	:	:				
	:	:				
	:	:			

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: 26/03/26 A 25/04/26

NOME DO PACIENTE: Dé maria azevedo Portela

DIAGNÓSTICO: NÃO Diagnosticado

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/	:	:	:	:				
01/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
02/	:	:	:	:				
03/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
04/	:	:	:	:				
05/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
06/	:	:	:	:				
07/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/	:	:	:	:				
13/	:	:	:	:				
14/	:	:	:	:				
15/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
16/	:	:	:	:				
17/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
18/	:	:	:	:				
19/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
20/	:	:	:	:				
21/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
22/	:	:	:	:				
23/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	
24/	:	:	:	:				
25/04	:	:	19:00	07:00	429425	3738	Ruth Alves Vieira	

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.

Digitalizado com CamScanner

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

Saúde com Segurança

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Lourdes Amélia Souza do Rego.

DIAGNÓSTICO: Encefalopatia não especificada.

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/___	:	:	:	:			
27/03	—	—	19:00	08:00	762163	8279	Mª Luiza da Silva Macêdo.
28/___	:	:	:	:			
29/03	07:00	19:00	19:00	07:40	762163	8279	Mª Luiza da Silva Macêdo.
30/___	:	:	:	:			
31/03	—	—	19:00	07:50	762163	8279	Mª Luiza da Silva Macêdo.
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/___	:	:	:	:			

Mª Luiza da Silva Macêdo
COREN-CE 762.163-TF

Mª Luiza da Silva Macêdo
COREN-CE 762.163-TF

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Luiza

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: 26/03/26 A 25/04/2026

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

OBS: Dia 27/03/26 - Plantão MT + SN 16 Plantões

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

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

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

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Maria Clara Maia do Nascimento

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/____	:	:	:	:			
27/03	-: -	-: -	19:00	07:00	827626	8509	Raimunda Antonia Silva
28/____	:	:	:	:			
29/03	-: -	-: -	19:00	07:00	827626	8509	Raimunda Antonia Silva
30/____	:	:	:	:			
31/03	-: -	-: -	19:00	07:00	827626	8509	Raimunda Antonia Silva
01/____	:	:	:	:			
02/____	:	:	:	:			
03/____	:	:	:	:			
04/____	:	:	:	:			
05/____	:	:	:	:			
06/____	:	:	:	:			
07/____	:	:	:	:			
08/____	:	:	:	:			
09/____	:	:	:	:			
10/____	:	:	:	:			
11/____	:	:	:	:			
12/____	:	:	:	:			
13/____	:	:	:	:			
14/____	:	:	:	:			
15/____	:	:	:	:			
16/____	:	:	:	:			
17/____	:	:	:	:			
18/____	:	:	:	:			
19/____	:	:	:	:			
20/____	:	:	:	:			
21/____	:	:	:	:			
22/____	:	:	:	:			
23/04	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Raimunda Antonia Silva
24/04	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Raimunda Antonia Silva
25/04	- : -	- : -	19:00	07:00	827626	8509	Raimunda Antonia Silva

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.

Scanned with TapScanner

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: 26/03/2026 A 25/04/2026 1º Plantão

NOME DO PACIENTE: Maria Yolanda Magalhães da Costa Ribeiro

DIAGNÓSTICO: ALZHEIMER

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	07:00	19:00	—	—	869537	5511	Maria Celina de S. Castro	Edna.
04/	:	:	:	:				
05/04	07:00	19:00	—	—	869537	5511	Maria Celina de S. Castro	Edna.
06/	:	:	:	:				
07/	:	:	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
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.

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:** 2027

NOME DO PACIENTE: Mª Iolanda Magalhães da Costa Ribeiro

DIAGNÓSTICO: _____

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

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

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

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

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: _____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

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

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

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

Saúde com Segurança

ESPAÇO DO IDOSO COOPEN-CE

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: UNIMED LAR PERÍODO: 26/03/26 A 25/04/26

NOME DO PACIENTE: Nicole Otoch BAH/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/	:	:	:	:				
30/3	:	:	19:00	07:00	661898	8246	Maria Rodrigues Pereira	Vanielly
31/	:	:	:	:				
01/	:	:	:	:				
02/	:	:	:	:				
03/	:	:	:	:				
04/	:	:	:	:				
5/	:	:	:	:				
6/	:	:	:	:				
07/4	:	:	19:00	07:00	661898	8246	Maria Rodrigues Pereira	Fabiana
08/	:	:	:	:				
09/4	:	:	19:00	07:00	661898	8246	Maria Rodrigues Pereira	Fabiana
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
12/4	:	:	19:00	07:00	661898	8246	Maria Rodrigues Pereira	Fabiana
13/4	:	:	19:00	07:00	661898	8246	Maria Rodrigues Pereira	Fabiana
14/	:	:	:	:				
15/4	:	:	19:00	07:00	661898	8246	Maria Rodrigues Pereira	Fabiana
16/	:	:	:	:				
17/4	:	:	19:00	07:00	661898	8246	Maria Rodrigues Pereira	Fabiana
18/	:	:	:	:				
19/4	:	:	19:00	07:00	661898	8246	Maria Rodrigues Pereira	Fabiana
20/	:	:	:	:				
21/	:	:	:	:				
22/	:	:	:	:				
23/	:	:	:	:				
24/	:	:	:	:				
25/	:	:	:	:				

OBS: _____

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO E VALIDADE DO CONTROLE DE ATENDIMENTO:

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

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

Saúde com Segurança

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** **ANO:** 2026

NOME DO PACIENTE: Rui Olsen Oliveira

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/ 03	07:00	19:00	:	:	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
28/____	:	:	:	:			
29/ 03	07:00	19:00	:	:	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
30/____	:	:	:	:			
31/____	:	:	:	:			
01/____	:	:	:	:			
02/ 04	:	:	19:00	07:00	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
03/____	:	:	:	:			
04/____	:	:	:	:			
05/____	:	:	:	:			
06/ 04	07:00	19:00	:	:	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
07/____	:	:	:	:			
08/____	:	:	:	:			
09/____	:	:	:	:			
10/ 04	07:00	19:00	:	:	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
11/ 04	07:00	19:00	:	:	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
12/ 04	07:00	19:00	:	:	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
13/____	:	:	:	:			
14/ 04	07:00	19:00	:	:	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
15/ 04	:	:	19:00	07:00	356128	11864	Gabriel Augusto Costa Galdino
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.

Scanned with 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 **ANO: 2026**

NOME DO PACIENTE: Silvia Faria da Silva

DIAGNÓSTICO: DC

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	BORA DIURNA INICIO	BORA DIURNA FINAL	HORA NOTURNA INICIO	HORA NOTURNA FINAL	MATRÍCULA COREN	MATRÍCULA COOPEN	NOME DO PROFISSIONAL LEGÍVEL
26/03	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
27/03	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
28/03	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
29/03	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
30/03	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
31/03	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
01/04	07:00	19:00	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
02/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
03/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
04/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
05/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
06/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
07/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
08/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
09/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
10/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
11/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
12/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
13/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
14/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
15/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
16/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
17/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
18/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
19/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
20/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
21/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
22/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
23/04	:	:	19:00	07:00	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
24/04	07:00	19:00	:	:	0154439	1281	Larissa Oliveira de Souza
25/	:	:	:	:			

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 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.

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 **ANO: 2026**

NOME DO PACIENTE: Silvia Tabita da Silva

DIAGNÓSTICO: P.E

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/___	:	:	:	:			
28/___	:	:	:	:			
29/___	:	:	:	:			
30/___	:	:	:	:			
31/___	:	:	:	:			
01/___	:	:	:	:			
02/___	:	:	:	:			
03/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
04/___	:	:	:	:			
05/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
06/___	:	:	:	:			
07/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
08/___	:	:	:	:			
09/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
10/___	:	:	:	:			
11/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
12/___	:	:	:	:			
13/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
14/___	:	:	:	:			
15/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
16/___	:	:	:	:			
17/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
18/___	:	:	:	:			
19/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
20/___	:	:	:	:			
21/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
22/___	:	:	:	:			
23/04	07:00	19:00	:	:	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos
24/___	:	:	:	:			
25/04	07:00	19:00	19:00	07:00	508199	8240	Francisca das Chagas R de Vasconcelos

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 A COOPEN-CE ATÉ O DIA 26 DE CADA MÊS;

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

Scanned with 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: 26/03/2026 A 25/04/2026

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/	:	:	:	:				
27/03	06 :50	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
28/	:	:	:	:				
29/03	06 :35	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
30/	:	:	:	:				
31/03	06 :50	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
01/	:	:	:	:				
02/04	06 :35	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
03/	:	:	:	:				
04/04	06 :45	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
05/	:	:	:	:				
06/04	06 :25	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
07/	:	:	:	:				
08/04	06 :40	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
09/	:	:	:	:				
10/04	06 :25	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
11/	:	:	:	:				
12/-	- :-	- :-	- : -	- : -	-	-	- - - -	
13/	:	:	:	:				
14/-	- :-	- :-	- : -	- : -	-	-	- - - -	
15/	:	:	:	:				
16/04	06 :30	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
17/	:	:	:	:				
18/04	06 :40	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
19/	:	:	:	:				
20/04	06 :40	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
21/	:	:	:	:				
22/04	06 :30	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
23/	:	:	:	:				
24/04	06 :45	19 :00	19 :00	07 :00	001.166.258	6716	Tarla mantins Reis	
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.

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

CONTRATO: **UNIMED LAR** PERÍODO: 26/03/2026 A 25/04/2026

NOME DO PACIENTE: Ives Figueredo

DIAGNÓSTICO: Epilepsia + PNM

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/	:	:	:	:	869.537	5511	Maria Evelina de S. Castro	Maria
07/	07:00	13:00	:	:				
08/	:	:	:	:				
09/	:	:	:	:				
10/	:	:	:	:				
11/	:	:	:	:				
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.

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

Saúde com Segurança

CONTROLE DE ATENDIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

CONTRATO: **UNIMED LAR** ANO: 2026

NOME DO PACIENTE: Nos Fiquinado 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
26/03	06:50	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
27/03	06:45	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
28/03	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
29/03							
30/03	06:50	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
31/03							
01/04	06:40	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
02/							
03/04	06:50	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
04/							
05/04	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
06/04	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
07/04							
08/04	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
09/04	06:30	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
10/							
11/04							
12/							
13/04	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
14/							
15/04	06:45	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
16/							
17/04	06:40	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
18/							
19/04	07:00	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
20/							
21/04	06:50	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
22/							
23/04	06:30	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo
24/							
25/04	06:45	19:00			889-701	8250	Ana Lúcia L. de Melo

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.