

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cooperado: | | | |
| Matrícula: | Função: | | Tomador: |
| Nome do Paciente: Norma Castro Nogueira Oliveira | | | |
| Paciente com ventilação mecânica? | | ( ) Sim ( ) Não | |
| Paciente pediatria (Infantil)? | | ( ) Sim ( ) Não | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **( ) Janeiro ( ) Fevereiro ( ) Março ( x ) Abril ( ) Maio ( ) Junho**  **( ) Julho ( ) Agosto ( ) Setembro ( ) Outubro ( ) Novembro ( ) Dezembro** | | | | | | |
| **Dia** | **Entrada** | **Saída** | **Entrada** | **Saída** | **Total** | **Assinatura** |
| **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** |  |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Total de Horas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Valor Hora:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Total da Produção:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Observações:   * Este formulário deve ser preenchido e assinado no momento do atendimento e enviado até o dia XX do mês subseqüente. * O Cooperado é responsável pelo envio da folha de produtividade. O não encaminhamento desta folha devidamente preenchida no período citado acima poderá acarretar atrasos no processamento do pagamento. | | |